

**Общественное Объединение
«Центр адаптации, реабилитации, интеграции и социализации
детей с проблемами в развитии» - ОО Центр АРИС**

Общественный Фонд «Бота»

**Детский аутизм
Диагностика и консультирование**

**Общественное Объединение
«Центр адаптации, реабилитации, интеграции и социализации
детей с проблемами в развитии» - ОО Центр АРИС**

Общественный Фонд «Бота»

**Детский аутизм
Диагностика и консультирование**

**Практическое руководство для специалистов
психолого-медико-педагогических консультаций**

Алматы 2011

2

Детский аутизм. Диагностика и консультирование. Практическое руководство для специалистов психолого-медико-педагогических консультаций. /авторы- составители Ерсарина А.К.Айтжанова Р.К. / - Алматы - 2011 . - с

ISBN

В руководстве отражены современные подходы к пониманию детского аутизма: причин и механизмов его формирования. Изложены методы и приемы медицинского и психолого-педагогического обследования аутичных детей. Даны методические указания по психоневрологической и психолого-педагогической диагностике аутизма в условиях ПМПК. В пособии представлена дифференциальная диагностика детского аутизма от других нарушений психического развития детей. Освещены вопросы консультирования и организации обучения аутичных детей.

Руководство предназначено для специалистов психолого-медико-педагогических консультаций, врачей, психологов, педагогов, логопедов, осуществляющих коррекционную работу с аутичными детьми.

УДК

Введение

Детский аутизм – это особое нарушение психологического развития, проявляющееся трудностями общения и социального взаимодействия. Своеобразие аутистического развития заключается в том, что аутичный ребенок, обладая достаточными речевыми и интеллектуальными возможностями, не стремится их использовать в реальной жизни, во взаимодействии с окружающими.

В настоящее время во всем мире отмечается значительное увеличение числа детей с аутистическими нарушениями. Если 10-20 лет назад отмечалось 3—4 случая детского аутизма на 10 000 детей, то сейчас от 10 до 20. Рост аутизма в мире уже сопоставляют по масштабам с эпидемией. В Казахстане также все чаще выявляются дети с аутизмом. По данным областных психолого-медико-педагогических консультаций в 2002 году в стране было 93 ребенка с аутизмом, а в 2010г. - уже 465 детей.

Увеличение числа детей с аутизмом обуславливает необходимость оказания им адекватной и своевременной коррекционной помощи. Аутичный ребенок постоянно нуждается в поддержке и стимуляции для более успешного развития и социальной адаптации. Этого можно добиться, если семья аутичного ребенка встречает понимание своих нужд и потребностей со стороны общества и различных общественных институтов: детского сада, школы, социального окружения. Чтобы обеспечить такое понимание со стороны общества важно его просвещение и повышение компетентности в области обучения и социального развития аутичных детей.

В регионах Казахстана социально-общественные институты еще не готовы к принятию и оказанию качественной помощи аутичным детям. Несмотря на то, что в республике действуют различные специальные организации образования (психолого-медико-педагогические консультации, реабилитационные центры, кабинеты психолого-педагогической коррекции, специальные детские сады и школы), дети с аутизмом не получают в достаточной мере качественную психолого-педагогическую помощь. Специалисты этих организаций не всегда имеют полного представления о детском аутизме, испытывают трудности в диагностике, консультировании и обучении этих детей. Не владея профессиональными умениями работы с ними, педагоги нередко отказываются обучать аутичных детей в организациях образования. Многие дети-аутисты обучаются на дому, что приводит к изоляции их от общения со сверстниками и обычной нормальной жизни.

Данное практическое пособие служит средством повышения профессиональной осведомленности специалистов психолого-медико-педагогических консультаций и других организаций образования и здравоохранения (врачей, психологов, педагогов) по медицинской и психолого-педагогической диагностике детского аутизма. Руководство составлено и издано в рамках проекта ОО Центра АРИС и Общественного Фонда «Бота».

Определение детского аутизма

Аутизм у детей как отдельное нарушение психического развития впервые было выделено доктором Л.Каннером в 1943 году. Он описал особый тип отклоняющегося развития у детей, назвав его синдромом раннего детского аутизма, (синдром Каннера), основными проявлениями которого являются:

- значительные трудности установления эмоционального контакта с окружающими людьми;
- навязчивое стремление к повторяющимся, однообразным формам поведения;
- чрезмерная сосредоточенность на действиях с определенными объектами;
- отсутствие речи, при сохранных возможностях ею овладеть (мутизм) или же речь, не используемая для общения с людьми;
- хорошие познавательные способности в отдельных областях.

Л. Каннер считал, что эти нарушения проявляются рано - до 2,5 лет, что позволило позже говорить об аутизме как врожденном и особом нарушении психического развития у детей.

В последующие годы проблемой детского аутизма занимались в различных странах; были выдвинуты различные гипотезы и версии по поводу происхождения и особенностей аутизма у детей. В настоящее время большинство стран при постановке диагноза «детский аутизм» используют диагностические критерии Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10).

Согласно этой классификации детский аутизм – это самостоятельное нарушение психологического развития, относящееся к первазивным (общим, всепроникающим, множественным) расстройствам. Среди различных отклонений при аутизме выделяют три основных и обязательных признака синдрома детского аутизма:

- 1 качественные нарушения общения;
- 2 качественные нарушения социального взаимодействия;
- 3 стереотипные формы поведения.

В МКБ-10 также указывается на обязательное раннее начало нарушения (в младенчестве или раннем детстве), биологическое происхождение (связанное с органической недостаточностью центральной нервной системы) и постоянное течение, без ремиссий и рецидивов, характерных для психических расстройств.

Синдром детского аутизма следует разграничивать с аутизмом как симптомом различных психических заболеваний: шизофрении, психопатии, аффективных расстройств и др.

Сегодня детский аутизм рассматривают как группу неспецифических синдромов разного происхождения. Среди них выделяют: типичный («классический») аутизм – синдром Каннера, синдром Аспергера и аутистические расстройства - атипичный аутизм, аутистический синдром и др. Последние, проявляются в рамках других заболеваний и могут не иметь полного набора симптомов классического детского аутизма, однако, общая структура нарушения психического развития у этих детей, а также основные направления коррекционной работы с ними, остаются общими.

Детский аутизм представляет собой дизонтогенез, проявляющийся в нарушениях всех сторон психики: познавательной и эмоциональной сферы, сенсорного и моторного развития, а также формирования высших психических функций, произвольного поведения, сознания и личности.

Аутизм у детей характеризуют, как *искаженное (асинхронное) развитие*, при котором отдельные стороны психического развития могут развиваться своевременно, другие с опережением, а третьи – с грубой задержкой, причем последовательность их развития не совпадает ни с нормальным, ни с задержанным онтогенезом. У аутичных детей отмечается диспропорция интеллектуального и аффективного развития, сочетание достижений в одних областях с недоразвитием в других.

По мнению психолога О.С.Никольской своеобразие, искаженность аутистического развития выражается в том, что «при случайных проявлениях способности к восприятию сложных форм, ловкости в движениях, умения говорить и многое понимать, такой ребенок не стремится использовать свои возможности в реальной жизни, во взаимодействии с окружающими. При детском аутизме не просто нарушается или задерживается нормальный ход развития, - оно явно искажается, идет куда-то ни в ту сторону»(Никольская О.С.с соавт.1997).

Неумение гибко использовать полученную информацию и навыки в различных видах социальной деятельности является одной из основных проблем аутичных детей. При этом, если собственно аутистические нарушения с возрастом могут сглаживаться, то трудности социального взаимодействия, негибкость, непонимание ситуации, нарушение высших форм произвольного поведения и деятельности становятся все более явными (О.С.Никольская и др., 1998, 2005).

Распространенность аутизма

В разных странах распространенность детского аутизма колеблется от 4 до 26 случаев на 10 000 детского населения. По данным большинства эпидемиологических исследований основные варианты детского аутизма - синдромы Каннера и Аспергера составляют 4-5 случаев на 10 000 детского населения. В последние годы, в связи с выявлением множественных случаев сходных с аутизмом нарушений, отмечают значительно распространенность аутистических расстройств: 20—26 случаев на 10 000 детской популяции.

В Казахстане по данным статистических отчетностей областных психолого-медико-педагогических консультаций (ПМПК) в 2010г. было выявлено 465 детей с аутизмом, что составляет 1 случай на 10 000.

Распределение по полу детей с синдромом Каннера соответствует 3:1 или 4:1. (мальчиков в 3-4 раза больше чем девочек). Замечено, что чем более разными аутистическими видами расстройств представлена группа детей, тем больше соотношение детей по полу меняется в сторону мальчиков 13:1, 13:1,5.

Этиология и патогенез аутизма

Современные исследования детского аутизма свидетельствуют о полиэтиологии (множественности причин возникновения) синдрома детского аутизма и его полинозологии (проявление в рамках разных патологий). Аутистические нарушения могут быть обусловлены различной этиологией.

1. Эндогенно-наследственная (конституциональная, процессуальная). В этих случаях аутизм является наследственно обусловленным нарушением шизоидного, шизофренического круга.

По разным данным примерно 2% сиблингов (родных братьев, сестер) аутистов страдают инфантильным аутизмом (в 50 раз больше уровня характерного для нормальной популяции). В случае монозиготных (однойцовых) близнецов, один из которых страдает аутизмом, вероятность заболевания у второго составляет 36%. У дизиготных (разнойцовых) эта величина не превышает 10%. У братьев и сестер (не только близнецов) больных детей достаточно часто встречаются задержка речевого развития и умственная отсталость. Выявляется значительная роль наследственного фактора у детей с синдромом Аспергера.

2. Хромосомные аберрации и врожденные заболевания обмена веществ. Некоторые генетические синдромы и обменные заболевания помимо различных клинических симптомов могут включать в себя и

аутистические. К этим заболеваниям относятся: ломкая ("фрагильная") X-хромосома, склероз бугров головного мозга, нейрофиброматоз (болезнь фон Реклингаузена), гипомеланоз Ито, синдромы: Ретта, Мебиуса, Корнелия де Ланге, Лоренса-Муда-Биедла, фенилкетонурия, мукополисахаридоз и некоторые другие.

У детей, страдающих этими заболеваниями наблюдаются не классические синдромы детского аутизма, а так называемые аутистическиподобные синдромы, имеющие сходные с ним специфические признаки..

3. Экзогенно-органическая этиология связана с органическим поражением центральной нервной системы в результате:

а) воздействия различных патогенных факторов во время беременности и родов и постнатальный период (нейроинфекции и вирусные инфекции, травмы, асфиксия и пр.).

В этих случаях аутизм рассматривают как резидуально-органическое состояние нервной системы, после перенесенных заболеваний.

б) биохимических, нейрохимических и метаболических нарушений. Специальные исследования (исследование цереброспинальной жидкости, анализы крови и мочи) обнаружили, что аутистические симптомы могут возникать вследствие нарушений обмена серотонина, катехоламинов (рост уровня адреналина и норадреналина в плазме крови) и дофамина. У аутичных детей обнаружено повышенное содержание в крови адренкортикотропного гормона и кортизола. Некоторые данные, касающиеся биохимических сдвигов при аутизме, отмечают связь степени выраженности агрессивных проявлений и аффективной возбудимости при аутизме с уровнем секреции дофамина, серотонина и норадреналина.

В некоторых случаях возникновение аутизма связывают с метаболическими нарушениями. 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 нервной системы, в том числе появлению аутистической симптоматики. Рядом исследований отмечается положительный эффект специальной диетотерапии, исключаящей из рациона аутичных детей продукты, которые могут вызывать изменение уровня опиоидной активности.

в) токсичного воздействия солей тяжелых металлов (ртути, свинца, кадмия) при вакцинации, неблагоприятной экологии, неправильном питании и др.

Недавние результаты исследований Института исследования аутизма в Великобритании Autism Research Institute (ARI) показали, что причиной возникновения аутизма часто является отравление тяжелыми металлами, токсинами, содержащихся в окружающей среде и продуктах питания. Проводились исследования иммунной дисфункции и вакцинации детей как возможной причине возникновения аутизма. Предполагается, что источником отравления могут быть вакцины, содержащие соединение ртути тимеросал в качестве консерванта. Имеются данные, о том что ограничение применения ртутьсодержащих вакцин в штате Калифорния (США) привело к снижению появления новых случаев аутизма на 25%. В тоже время значительное количество детей с аутизмом не получало никаких прививок и не имеют повышенного содержания ртути в крови.

Следует отметить, что все вышеуказанные этиологические факторы аутизма, а также возникающие в результате их воздействия резидуально-органические, нейрохимические и метаболические нарушения неспецифичны, т.е. характерны не только для аутистического расстройства. Предполагается, что существует не один, а совокупность факторов (наследственных, органических, биохимических, социальных), влияющих на организм ребенка в определенные периоды его развития. При этом решающую роль играют наследственные и органические факторы, а психогенные - лишь роль пусковых, провоцирующих или осложняющих проявления аутизма.

Таким образом, на современном этапе повсеместно утвердилась точка зрения на аутизм как результат поражения или недостаточности центральной нервной системы, которое вызывает аномальное развитие мозга и обуславливает искаженное развитие ребенка с первых месяцев жизни. Органические нарушения мозга могут быть вызваны одним или несколькими биологическими факторами (генетическая патология, пред-, пери- и постнатальное поражение ЦНС, вирусные инфекции, структурные или функциональные расстройства мозга, патологическая биохимия мозга и др.)

Механизмы формирования синдрома детского аутизма

Органическое происхождение детского аутизма позволяет уточнить патофизиологические и нейропсихологические механизмы его

возникновения в связи с определенной локализацией поражения. Параклинические исследования (электроэнцефалография, компьютерная томография, магнитно-резонансное сканирование мозга) выявляют связь аутизма с поражением или дисфункцией различных отделов мозга: ствола, ретикулярной формации, подкорковых ядер, лимбической системы, вестибулярных мозжечковых систем, височных, лобных отделов мозга. Имеются гипотезы об общей задержке созревания мозговых систем у детей с аутизмом, нарушениях межполушарного взаимодействия. Однако признаки органической патологии не являются специфическими для аутизма; такие же нарушения имеются при других отклонениях в развитии. Специфическая мозговая локализация патологии, присущая только аутизму до сих пор не выявлена, скорее всего, она носит диффузный и генерализованный характер.

Органическая недостаточность мозга создает особые патологические условия, в которых развивается аутичный ребенок. В формировании психологической структуры синдрома наиболее значимыми выявляются два биологических фактора: повышенная чувствительность, ранимость ребенка (снижение порога аффективного и сенсорного дискомфорта) и нарушение активности (К.С.Лебединская, О.С.Никольская 1991).

Гиперсензитивность сенсорной и аффективной сферы обнаруживается повышением порога чувствительности к зрительным, звуковым, тактильным раздражителям. Воздействия окружающей среды часто для аутичных детей чрезмерны и являются источником постоянного отрицательного фона ощущений и дискомфорта. Нередко наблюдается болезненная реакция на обычные звуки, свет, цвета или прикосновение. Особенно повышенная чувствительность и ранимость наблюдается при контакте с другим человеком, проявляющаяся в непереносимости взгляда, голоса, прикосновения. Общение глазами с аутичным ребенком возможно только в течение короткого промежутка времени; более продолжительное взаимодействие даже с близкими людьми вызывает у него дискомфорт.

Нет ничего тяжелее для меня, чем смотреть на лица людей, особенно смотреть им в глаза. Если я все-таки заставляла себя это сделать, а для этого всегда требовалось огромное сознательное усилие, я могла выдержать это не более секунды. Если мне удавалось продлить это время, то обычно люди говорили, что у них возникало ощущение, что я смотрю не на них, а куда-то сквозь них, словно я не замечала их присутствия. Люди не могут себе представить и оценить, насколько трудно для меня смотреть на человека. Это нарушает мое спокойствие

и пугает меня, хотя страх уменьшается, если расстояние между нами увеличивается.

Тереза Жоллифф, 1992, женщина, страдающая аутизмом. (Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. Спб.1997).

Снижение порога сенсорного и аффективного дискомфорта приводит к длительной фиксации неприятных впечатлений, что позже в свою очередь способствует образованию разнообразных страхов, запретов, строгим ограничениям в контактах с миром.

2. Нарушение активности проявляется в низком психическом тоне и соответственно сниженных возможностях активно взаимодействовать со средой. Из-за слабого энергетического потенциала мозга аутичному ребенку свойственна повышенная психическая истощаемость и пресыщаемость, вялость, безучастность к окружающему; отсутствие активного исследовательского интереса к окружающему.

Еще в раннем возрасте у аутичных детей, в отличие от здоровых сверстников отсутствует живое любопытство, интерес к новому; они не исследуют окружающую среду; любое препятствие, малейшая помеха тормозят их активность и заставляют отказаться от осуществления намерения. Такого ребенка отличает малая выносливость в общении с миром, быстрое и болезненно переживаемое пресыщение даже приятными контактами со средой.

Особенно дефицит психического тонуса и активности обнаруживается при попытке целенаправленно сосредоточить внимание ребенка, произвольно организовать его поведение. Если для полевой активности (бесцельного перемещения по пространству) или стереотипных действий у аутиста еще находятся силы, то для организации себя на самостоятельное выполнение какого-либо целенаправленного произвольного действия – сил явно не хватает. Столкнувшись с трудностями или препятствиями, аутичный ребенок разрешает их одним способом – уходом и отказом от их преодоления.

Нарушение активности проявляется также в неспособности активно и избирательно воспринимать и перерабатывать невербальную и вербальную информацию, связывать ее с прошлым опытом, невозможность гибко использовать навыки, стремление воспроизводить усвоенное в готовой, заданной извне форме.

Эти два врожденных биологических фактора (гиперсензитивность сенсорной и аффективной системы, низкая психическая активность)

вынуждают аутичного ребенка находить пути приспособления к окружающему миру. В таких патологических условиях развития ему приходится выбирать самые радикальные способы защиты от непонятного, дискомфортного и пугающего мира – аутизм, т.е. уход от контактов с окружающим миром и ограниченные, стереотипные (знакомые и понятные) формы деятельности.

Аутизм у детей, таким образом, не является врожденным патологическим симптомом, а выступает в качестве способа и средства защиты от чрезмерных воздействий окружающей среды. Синдром детского аутизма, нельзя рассматривать нарушением, при котором отсутствует желание общаться или сознательный отказ от взаимодействия с окружающими. Многочисленные психологические исследования, наблюдения родителей детей-аутистов показали, что аутичные дети не только хотят быть вместе с людьми, но и могут глубоко привязываться к ним. *Аутичный ребенок хочет, но не может, не умеет самостоятельно усваивать общепринятые способы общения и взаимодействия с людьми, которыми другие дети овладевают без всяких усилий в ходе повседневной жизни.*

Основные проявления детского аутизма

Как уже было сказано, психическое развитие аутичного ребенка, в силу действия биологических факторов, изначально происходит иначе, чем у других детей. Специфическая искаженная картина аутистического развития у детей проявляется в виде двух ядерных признаков - аутизма (нарушениях коммуникации и социального взаимодействия) и стереотипных формах поведения.

1. Аутизм у детей обнаруживается, как нарушение возможности устанавливать адекватные аффективные связи даже с самыми близкими людьми, поддерживать продуктивный контакт с взрослыми и сверстниками. Ребенок-аутист избегает или с трудом устанавливает контакт в силу повышенной ранимости (коммуникативные сигналы для него чрезмерны и дискомфортны); малой выносливости, психической истощаемости в контактах.

В зависимости от тяжести аутистического расстройства можно наблюдать разные его проявления: полная отрешенность и безразличие к окружающим, избирательные ограниченные и своеобразные формы контакта, трудности общения и взаимодействия с окружающими.

2. Стереотипные формы поведения проявляются в самой разнообразной форме:

а) моторные стереотипии: бег по кругу, вращение вокруг себя, раскачивания, машущие движения кистью, предплечьем, ритмические сгибания пальцев рук, верчение в руках предметов, разряды прыжков и т.п.

б) сенсорные стереотипии – вызывание стереотипных зрительных ощущений посредством верчения перед глазами пальцев, колес машинок, включением и выключением света; звуковых ощущений – сминания и разрывания бумаги, шуршание целлофановыми пакетами; обонятельных – обнюхивания одних и тех же предметов; тактильных - расслоения тканей, пересыпания круп, переливания воды; вкусовых – сосания и облизывания предметов; проприоцептивных (мышечных, телесных) – произвольного напряжения конечностей, зажиманием ушей, ударами головой, кружения, тормошения, подбрасывания ребенка взрослым.

в) речевые: эхолалии, постоянное проговаривание звуков, повторения слов и фраз без коммуникативной направленности, фразы-цитаты, штампы, чтение стихов.

г) стереотипные действия с предметами, стереотипная игра: выкладывание предметов в ряды, в определенном порядке, составление узоров, группировка по форме, величине, цвету; проигрывание одних и тех же игровых действий и т.д.

д) поведенческие стереотипии: ритуальность в соблюдении режима дня, выборе еды, одежды, маршрута прогулок и др.

е) стереотипные интересы, увлечения, игры, фантазии, (сверхзахваченность и поглощенность ими).

Как видно, стереотипные действия и формы поведения аутичных детей могут иметь необычный и изощренный характер. Именно они нередко создают впечатление странности, загадочности и патологичности поведения аутистов. Однако стереотипные формы поведения имеют свою логику возникновения и развития.

Ребенок-аутист вынужден прибегать к стереотипиям, поскольку они обеспечивают ему приспособление и адаптацию к непонятному и пугающему окружающему миру. Стереотипные действия, поведение и интересы выполняют ряд функций:

а) компенсаторной аутостимуляции. Посредством навязчивого воспроизведения стереотипных ощущений, действий и переживаний аутичный ребенок повышает тонус и саморегуляцию. Аутист стереотипными действиями, интересами и занятиями тонизирует, взбадривает, развлекает и занимает себя. Кроме того, стереотипии часто оказываются единственно возможным видом деятельности, поскольку

социальные виды деятельности (коммуникативная, предметная, игровая и пр.) недоступны для него.

б) защиты от дискомфортных впечатлений и переживаний, от непонятного и страшного, а также служит средством контроля безопасности контактов с миром. Одержимость и поглощенность стереотипиями позволяет заглушить неприятные ощущения, переживания и страхи, снижает ощущения дискомфорта. Однообразное воспроизведение одних и тех же действий, ритуалов, игр и т.д., то есть того, что понятно и хорошо знакомо ребенку вызывает у него чувство уверенности и подконтрольности происходящего вокруг, обеспечивает состояние комфорта.

Аутизм и стереотипные формы поведения являются способом и средством вынужденной и патологической защиты и компенсации, поскольку препятствуют нормальному психическому развитию. Аутичный ребенок, сначала вынужденно прибегнув к таким способам приспособления к миру, затем уже стремится жить в рамках уже освоенных им стереотипов, поскольку не способен активно и гибко приспосабливаться к меняющимся обстоятельствам. Любая новизна вызывает панику и стойкий отказ от активного и целенаправленного изучения окружающей среды.

Развитие аутичного ребенка направляется не на решение задач реальной адаптации, формирование активных форм взаимодействия с окружающим миром, а на построение систем защиты и компенсации. Психическое развитие ребенка становится искаженным, а нарушения носят всепроникающий характер и проявляются в особенностях моторного, сенсорного, речевого, интеллектуального и социального развития.

В моторном развитии отмечается бесцельная двигательная активность в сочетании с заторможенностью, разнообразные моторные стереотипии. Обращает внимание на себя разница между поразительной ловкостью, плавностью движений в своей спонтанной деятельности, быстрым усвоением моторных алгоритмов в пользовании компьютером, мобильных телефонов и трудностями овладения моторной составляющей обычных бытовых навыков (пользование ложкой, одевание, чистка зубов и др.). Ребенок не может подражать, находить нужную позу; движения его неловки, напряжены, слабо координированы.

Сенсорное развитие аутичного ребенка характеризуется чрезмерной фиксацией на получении разнообразных ощущений: зрительных, слуховых, тактильных и т.д. Ребенок может длительное время быть поглощен рассматриванием узоров на ковре, раскладыванием предметов

в ряды, прослушиванием одной и той же музыки, просматриванием одного и того же мультфильма. При этом отсутствует ориентировочно-исследовательская деятельность, чувственный опыт не анализируется и не обобщается, не служит средством активного познания окружающего мира.

В эмоциональном и социально-коммуникативном развитии нарушения проявляются нарушениях или недостаточности всех форм контактов: глазного, тактильного, эмоционального, игрового. Ребенок устанавливает максимальную или неадекватную дистанцию в контактах, стремится удержать отношения в рамках стереотипов, у него выстраивается система защиты от активного вмешательства.

Уже с первых месяцев жизни ребенок игнорирует или мало реагирует на эмоциональные сигналы окружающих, не привлекается к эмоциональному общению с близкими. У него может не быть или слабо проявляться ответная улыбка, отсутствовать комплекс оживления. Если же малыш смотрит в лицо, то взгляд его часто оценивают как странный: неподвижный, отстраненный или испуганный. У многих детей долго не формируется привязанность к матери и близким; они не различают своих и чужих (внешне безразличны к тем и другим), Другие - проявляют симбиотическую (чрезмерно повышенную) привязанность к матери, не переносят, панически боятся других людей, активно протестуют против любых контактов с ними. Связь ребенка с близкими проявляется прежде всего как страх их потерять. Аутичный ребенок может ограниченно и в стереотипной форме вступать в контакт с близкими для удовлетворения своих нужд и потребностей, но у него не развивается настоящая эмоциональная привязанность, выражающаяся в совместном разделении чувств, возможности сопереживать, сочувствовать, проявлять внимание и заботу.

У аутистов практически не формируются контакты с детьми, поскольку общение со сверстниками требует равноправного общения, умения гибко подстраиваться в процессе игрового взаимодействия. Аутичные дети обычно либо игнорируют детей, либо агрессивны к ним или же их общение сводится к физическому контакту, механическому заражению подвижными играми (бег, прыжки, игра с мячом). Ребенок-аутист предпочитает игру в одиночку, нежели совместные игры с детьми.

Нарушения эмоционального общения обусловлены также тем, что аутичному ребенку трудно активно, избирательно и последовательно воспринимать и перерабатывать постоянно поступающую информацию, особенно эмоционального и социального характера. Поэтому большая часть информации не усваивается или усваивается ограниченно и

фрагментарно. У аутистов снижена способность понимать, различать и адекватно выражать эмоции. Особенно затруднено понимание экспрессивных жестов, эмоциональных выражений людей. Аутичные дети не понимают чувств и намерений других людей, эмоционального подтекста ситуации, не могут эмоционально адекватно сопереживать.

Отмечаются либо отсутствие, либо качественная недостаточность всех средств общения: экспрессивно-мимических (улыбки, выразительная мимики), предметно-действенных (движений, поз, жестов) и речевых. Даже, если у ребенка есть речь, она не имеет коммуникативной направленности, не используется для общения с окружающими.

У детей с аутизмом не развиваются возрастные виды деятельности: предметные действия, сюжетная и сюжетно-ролевая игра. Ребенок не подражает действиям взрослого с предметами, не использует их по функциональному (социальному) назначению. Игры не отражают социальных сюжетов и отношений между людьми, а сводятся к стереотипным действиям с игровыми и неигровыми материалами. Наблюдаются специфичные для аутизма игры-аудиалоги, игры-фантазии со стойким перевоплощением в животных, неодушевленные предметы.

Обычно задерживается формирование социальных навыков: опрятности, самообслуживания, выполнения общепринятых норм поведения детей. Поскольку аутистам трудно понять мотивы, намерения, действия окружающих людей, им непонятны и те правила и нормы, которых придерживаются люди; их смысл и для чего нужно следовать им. Родители аутичных детей испытывают большие трудности в привитии (обучении) навыков опрятности, элементарного самообслуживания. Достаточно странным выглядит ребенок, который в 2,5 года легко пользуется компьютерными программами, но при этом до сих пор ходит под себя и не умеет пользоваться ложкой.

Специфика *речевого развития* ребенка определяется нарушениями коммуникативной функции речи, стереотипным использованием речевых средств и трудностями их избирательного и гибкого использования.

Известно, самая ранняя функция речи в онтогенезе – коммуникативная. Речь появляется у ребенка, прежде всего для того и потому, что она нужна ему для общения и активного взаимодействия с окружающими. В процессе живого и стихийного общения с близкими людьми дети достаточно быстро научаются гибко и адекватно использовать речевые средства для нужд коммуникации. При этом они, подражая взрослым, не только усваивают языковые формы

(фонетические, грамматические, морфологические, синтаксические), но и способы их изменения соответственно контексту ситуации.

Дети-аутисты с трудом усваивают коммуникативное назначение речи – они не могут адекватно и гибко использовать речевые средства в различных ситуациях общения. Поэтому, имея все необходимые речевые предпосылки, многие из них вообще не говорят. Другие, усваивая довольно сложные речевые формы, используют их лишь в качестве аутостимуляций. Так, ребенок произносит слова, фразы и даже большие по объему тексты, но не может поддержать даже самого простого диалога, поскольку затрудняется произвольно использовать речевые возможности и быстро перестраиваться в ситуации живого общения. Речь аутистов обычно стереотипная, шаблонная, нередко, состоящая из определенных штампов и цитат, которые ребенок неизменно использует в разных ситуациях общения.

Я понимал, что люди используют речь для того, чтобы общаться с друг другом, но как это происходит я не знал. Я подумал, что для этого нужно знать как можно больше слов и стал читать большой словарь. Я выучил за несколько месяцев почти все значения слов. Но только гораздо позже я осознал, что не умею использовать эти слова в контексте.

Я понял, что не нашел разгадки как использовать речь в общении и сразу почувствовал растерянность и обиду, а также почувствовал себя чужим, пришельцем из космоса. Я понимал, как происходит общение между людьми, не больше, чем инопланетянин.

Темпл Грэндин, 1992, . (Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. Спб.1997).

Трудности гибкого использования речи обуславливают появление специфических феноменов, типичных для аутистической речи:

- стереотипное воспроизведение одних и тех же неречевых и речевых звуков, слов и фраз, стихов без коммуникативной направленности;
- эхолалии: непосредственные и отставленные;
- неправильное использование личных местоимений;
- стереотипное использование глаголов в инфинитиве, повелительном наклонении;
- трудности понимания смысла речевых высказываний, особенно контекста, подтекста речи;
- нарушения диалогической речи, развертывания связанных высказываний;

- безупречное произношение слов и фраз при аутостимуляции и искаженное, смазанное произношение, аграмматизмы в речи на произвольном уровне (ответы на вопросы собеседника, пересказ текста и т.д.)

В развитии познавательной и интеллектуальной деятельности отмечаются аналогичные трудности, обусловленные аутизацией и стереотипностью мышления. Ребенок-аутист склонен к использованию стереотипных подходов и алгоритмов в познании окружающего. Благодаря своим нередко феноменальным способностям в зрительном запоминании, пространственной ориентировке, ребенок легко и очень быстро может усваивать, определенные схемы, алгоритмы, устанавливать причинно-следственные связи, производить определенные обобщения, но только в пределах постоянной стереотипной ситуации. Любое изменение условий, порядка и т.д. и мыслительная задача оказывается недоступной для ребенка; он не может гибко и адекватно перестроиться, изменить цель или стратегию соответственно новым условиям. Такому ребенку трудно в реальности соотносить прошлое и будущее, но он легко определяет день недели, если ему назвать дату; он с удовольствием проигрывает шахматные композиции из учебника, но не в состоянии ответить на простейший ход противника в реальном взаимодействии. Суждения и представления аутичного ребенка об окружающем мире конкретны, буквальны, фрагментарны и неизменны.

О.С. Никольская (1985) детально рассматривая эти тенденции в сенсомоторном, речевом, интеллектуальном развитии, показывает, что разноречивость, неоднозначность проявлений аутичных детей может быть понята при их отнесении к принципиально различным ситуациям: дети могут быть компетентны и искусны в русле аутостимуляции и беспомощны в решении самых простых жизненных задач.

В заключении еще раз отметим, что психическое развитие аутичного ребенка происходит в неблагоприятных условиях, вследствие низкого психического тонуса и повышенной сенсорной и аффективной чувствительности. В связи с этим у него вместо активных и адекватных способов реагирования и взаимодействия с реальным миром формируются защитные модели поведения - ухода, отказа от контактов, стремление жить в стереотипных и неизменных условиях. В результате нарушается активная социальная адаптация к миру, нарушается поступательный ход психического онтогенеза, что приводит к искажению в развитии всех сторон психического развития. Таким образом, можно определить структуру аутистического расстройства, иерархию

первичных, вторичных и третичных нарушений синдрома детского аутизма.

Первичные нарушения: гиперсензитивность, нарушения психической активности

Вторичные нарушения: аутизм, стереотипные формы поведения и деятельности

Третичные нарушения: нарушения когнитивного и социально-личностного развития

Классификации аутизма

В международной классификации болезней (МКБ-10) детский аутизм и сходные с ним нарушения относят к общим расстройства психологического развития и классифицируются следующим образом:

МКБ-10

F84.0 *Детский аутизм* (включаются: аутистическое расстройство, детский аутизм, детский психоз, синдром Каннера)

F84.1 *Атипичный аутизм* (включаются атипичный детский психоз, умственная отсталость с чертами аутизма)

F84.2 *Синдром Ретта*

F84.3 *Другое дезинтегративное расстройство детского возраста* (включаются детская деменция, дезинтегративный психоз, синдром Геллера, симбиотический психоз)

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

F84.5 *Синдром Аспергера* (включаются аутистическая психопатия, шизоидное расстройство детского возраста).

F84.8 Другие общие расстройства развития

Существует другая классификация аутизма, предложенная Научным центром психического здоровья Российской академии медицинских наук.

Классификация аутизма в детстве (НЦПЗ РАМН, 1997)

I. Детский аутизм эндогенного генеза

1.1 Синдром Каннера (эволютивно-процессуальный, классический вариант детского аутизма).

1.2 Инфантильный аутизм (конституционально-процессуальный), в возрасте от 0 до 12-18 мес.

1.3 Детский аутизм (процессуальный):

а) в возрасте до 3 лет (при ранней детской шизофрении, инфантильном психозе);

б) в возрасте 3-6 лет (при ранней детской шизофрении, атипичном психозе)

1.4 Синдром Аспергера (конституциональный).

II. Аутистическиподобные синдромы при органическом поражении центральной нервной системы.

III. Аутистическиподобные синдромы при хромосомных, обменных и других нарушениях (при Дауна синдроме, при X-ФРА, фенилкетонурии, туберозном склерозе и других УМО).

IV. Синдром Ретта (неуточненного генеза)

V. Аутистическиподобные синдромы экзогенного генеза:

V.1 Психогенный параутизм

VI. Аутизм неясного генеза

О. С. Никольской предложена **психологическая классификация** детского аутизма, дифференцирующая 4 основные группы: В основу этой классификации положены глубина аутизма и степень искажения психического развития, а психологическими критериями разделения детей на группы стали доступность ребенку тех или иных способов взаимодействия со средой и людьми и качество разработанных им форм защитной гиперкомпенсации - аутизма, стереотипности, аутистимуляции.

По мнению О.С. Никольской аутизм у детей может проявляться в разных формах: 1) как полная отрешенность от происходящего; 2) как активное отвержение; 3) как захваченность аутистическими интересами; 4) как чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия.

1 группа. У детей этой группы с раннего возраста отмечается наибольший дискомфорт и нарушение активности, которые затем преодолеваются ребенком самым радикальным способом защиты: полным отказом от контактов с внешним миром, отрешенностью от происходящего. Такие дети не откликаются на имя, просьбы и ничего не просят сами. У них, как правило, не формируется целенаправленное поведение, а наблюдается - полевое (бесцельное): перемещение от одного объекта к другому, прикосание к предметам, перебирание их в руках, карабканье по мебели, бег по кругу, длительное пассивное созерцание объектов.

У детей отсутствует речь (мутизм), хотя некоторые из них могут иногда сказать отдельные слова или даже фразу, но без коммуникативной направленности. Дети не используют речь, мимику и жесты для общения

с окружающими, не проявляют привязанности к близким. Проявляя безразличие к окружающим, дети могут не сопротивляться тактильному контакту, пассивно привлекаться к кормлению, одеванию и другим манипуляциям с ним. Это наиболее глубокая форма аутизма, проявляющаяся в полной отрешенности от происходящего вокруг.

2 группа. Дети этой группы более активны и менее ранимы в контактах со средой, они уже могут избирательно вступать в контакт с окружающими, однако для них характерно больше неприятие окружающего мира, чем интерес и стремление к познанию его. В качестве способа защиты дети привлекают активное отвержение всего того, что вызывает дискомфорт и страх. Поэтому контакты с миром осуществляются только в установленном и неукоснительно выполняемом ребенком порядке. Для таких детей важно строгое соблюдение сложившегося жесткого жизненного стереотипа, определенных ритуалов. Они плохо переносят все новое незнакомое и стремятся к постоянству во всем: в еде, одежде, привычной обстановке, к маршрутам прогулок и т.д. Предпочтения формируются очень узко и жестко, попытки вывести поведение ребенка за рамки ритуала вызывает у него выраженную реакцию протеста (крика, плача, активного сопротивления и агрессии).

У этой группы детей наблюдается множество двигательных стереотипий, которые могут носить изощренный и причудливый характер (взмахи руками, верчениями кистями, разряды прыжков, трясение палочек и веревочек и т.д.). Они могут пользоваться речью для выражения своих потребностей, однако их речевое развитие специфично: дети усваивают, прежде всего, речевые штампы, жестко связывая их с конкретной ситуацией и, используя их всегда в стереотипной форме. Характерны эхолалии, неправильное использование личных местоимений.

Дети этой группы проявляют привязанность к матери, но она приобретает характер симбиотической связи с ней. Ребенок настолько поглощен многочисленными страхами, что ни на минуту не может расстаться с матерью.

3 группа. Дети способны вступать и поддерживать контакт, в том числе и речевой, но при установлении отличаются экстремальной конфликтностью. Они упрямо и везде стремятся навязать свое, не учитывая интересы другого, не реагируя на реакции и обращения собеседника. Им трудно понять чувства других людей, откликнуться на их непосредственную реакцию, уступить им, пожалеть.

Эти дети, несмотря на более высокую, по сравнению с предыдущими группами психическую активность, также как и все аутисты, очень

чувствительны и ранимы. Для преодоления дискомфорта и страхов они привлекают такой способ психологической защиты как чрезмерная захваченность аутистическими интересами. Дети месяцами могут быть поглощены одними и теми же занятиями и интересами, как правило, интеллектуального характера. С раннего возраста демонстрируя высокие достижения в отдельных абстрактных знаниях, дети при этом проявляют ограниченность, наивность в понимании социального смысла происходящего. Они обладают большим словарным запасом, хорошо и правильно говорят, но сложными, "книжными" фразами, их речь производит неестественно впечатление «взрослости».

Дети этой группы, стремятся действовать в строгом соответствии с выработанным планом, и если реализация этого плана нарушается, это приводит к поведенческим срывам: выраженному упрямству, агрессии, стремлению делать назло.

4 группа. У этих детей аутизм уже проявляется в легкой форме в виде трудностей организации общения и взаимодействия. Этих детей отличает повышенная чувствительность и ранимость, непереносимость критики и неодобрения. Они очень привязаны к близким, требуя от них постоянного внимания и эмоциональной поддержки. Дети этой группы производят впечатления очень неуверенных, робких, застенчивых и боязливых детей. У них также снижены возможности для понимания чувств, поведения других людей и организации активного и гибкого взаимодействия с ними; они могут теряться в простейших социальных ситуациях. Для детей этой группы также характерно стремление к стереотипным формам поведения и деятельности. Обычно наблюдается нарастание боязливости и скованности при малейшем изменении привычного стереотипа. Типичны заторможенность и неуверенность движений. У них чаще всего отмечается задержка психического развития. Речь связная, но бедная, смазанная, аграмматичная.

Особенности психического развития аутичного ребенка

На первом году жизни родители и врачи-педиатры, наблюдающие аутичных детей, обычно не отмечают каких-либо отклонений в психомоторном развитии младенцев. У большинства детей с аутизмом психофизическое развитие в первый год жизни происходит в соответствии с возрастными нормативами. Эмоциональное развитие ребенка также нестораживает родителей в силу возрастных особенностей годовалого малыша, когда от него не ждут еще высокой психической активности.

Между специалистам хорошо известно, что особенности и своеобразие психического развития аутичного ребенка проявляются уже с первых месяцев жизни в различных областях, особенно в области раннего аффективного или эмоционально-коммуникативного развития ребенка.

Младенческий возраст.

У многих детей отмечалась слабая откликаемость на эмоциональное обращение взрослого, они не требовали повышенного внимания к себе, не просились на руки, могли спокойно лежать в манеже, предоставленные самим себе. На руках у матери младенцы не прижимались к ней, не обнимали ее, затруднялись принять естественную и комфортную позу.

В отличие от обычных младенцев у аутистов не обнаруживался интерес к лицу человека, они не стремились к главному контакту с матерью, даже если они смотрели, то это был взгляд – «сквозь» или мимо, он не фиксировался на лице. В отличие от обычных детей у аутистов больший интерес вызывало не лицо взрослого и общение с ним, а рассматривание каких-либо предметов или манипуляции с ними. Часто у младенцев наблюдалась повышенная фиксированность на получении отдельных сенсорных впечатлений – зрительных, тактильных, слуховых, вестибулярных. Так, они могли подолгу и пристально рассматривать узоры ковра или обоев, следить за движением тени на стене; уже с 3-4 месяцев смотреть телевизор, причем, отдавая предпочтение только одному и тому же рекламному ролику или мультфильму. Другими любимыми и постоянными занятиями могли стать шуршание целлофановым пакетом, листание книг, перебирание пальцев, раскачивание коляски, прыжки в манеже и др. Некоторые дети отчетливо проявляли интерес к музыке, также явно демонстрируя предпочтение одних мелодий и песен и игнорирование или непереносимость других.

Следует отметить, что стремление получать сенсорные ощущения и выполнять ритмически повторяющиеся действия свойственно всем детям в младенчестве. Однако принципиальное отличие аутичных детей от нормальных заключается в том, что последние всегда стремятся совершать эти действия совместно со взрослым и ждут ответной эмоциональной реакции, требуют поддержки и соучастия взрослого. Обычный малыш всегда предпочтет рассматривать, манипулировать с предметами, вокализовать в присутствии матери, прыгать и раскачиваться у нее на коленях, а не в одиночестве в манеже. Ему всегда интереснее следить за лицом матери, чем за движением теней, для него

всегда важна ответная реакция взрослого; его внимание и одобрение стимулирует психическую и исследовательскую активность ребенка.

Аутичному ребенку в своих действиях внимание и эмоциональная поддержка взрослого не требуется. Чем больше ребенок захвачен своими впечатлениями и действиями, тем сильнее он сопротивляется попыткам взрослого включиться в занятия ребенка, разделить с ним радостные эмоции, переключить внимание на совместные действия. Обращение взрослого к ребенку не вызывает у него ответной реакции, в лучшем случае ребенок допускает пассивное присутствие или использует его как инструмент для получения приятных ощущений. Например, многие аутичные дети очень любят, чтобы их кружили, тормошили, подбрасывали, таким образом удовлетворяя потребность в аутостимуляции.

Аутичные дети плохо различают эмоциональные выражения на лице близких, у них могут отмечаться неадекватные реакции. Например, ребенок может заплакать при смехе взрослого или засмеяться при плаче другого человека. К 6-7 месяцам дети могут не проявлять привязанности к матери, они не боятся незнакомых лиц, как будто не различают чужих и своих, могут к любому незнакомому человеку пойти на руки. Дети не играют в эмоциональные игры типа «Ладушки», «Ку-ку» и др., не подражают действиям взрослых.

У других детей наоборот может одновременно появляться реакции узнавания и предпочтения матери, но привязанность к ней формируется своеобразно. Нередко наблюдается чрезмерно повышенная или симбиотическая связь с матерью, когда ребенок практически не может существовать без нее. Мать физически должна постоянно находиться с ребенком, не отлучаясь ни на минуту. Известны случаи, что разлуки с матерью даже на 4-5 часов вызывали у ребенка выраженные психосоматические реакции – повышение температуры, рвоты, отказ от еды.

Лицом, к которому формируется привязанность, может стать не мать, а кто-нибудь другой из членов семьи, причем ребенок сам без объективных причин выбирает его объектом своей привязанности. При этом остальные члены семьи, в том числе и мать, могут вызывать выраженную реакцию неприятия. Некоторые дети демонстрировали паническую реакцию на каких-то членов семьи или других людей. Например, ребенок всегда плачет при виде дедушки или бородатых мужчин.

Нельзя сказать, что аутичный ребенок совершенно безразличен к коммуникативным сигналам взрослого. У них также как у всех детей

нередко наблюдается ответная улыбка и комплекс оживления на ласковое обращение взрослого. Малыш может радостно узнавать мать и предпочитать ее другим людям. Однако улыбка может быть адресована как непосредственно к ней, так и возникать в связи с получением приятных ощущений. Эмоциональное общение с матерью бывает интенсивным, но недолгим; аутичный ребенок вынужден дозировать его из-за своей сензитивности и быстрой психической пресыщаемости.

Ранний возраст

Если в первые полтора года жизни родители не замечают проблем в развитии аутичного ребенка, то в конце второго — начале третьего года жизни малыша, они становятся для них очевидными. Близких начинает беспокоить, что малыш не откликается на имя, слабо реагирует на обращения к нему, у него не развивается речь, он не стремится взаимодействовать с родителями, не подражает им, не играет в обычные детские игры, а поглощен выполнением одних и тех же действий, от которых его трудно отвлечь.

С одной стороны, ребенок сам редко обращается к взрослым, не смотрит в глаза, не использует указательный и другие жесты, речь для выражения просьб; часто трудно догадаться, чего малыш просит, что ему нужно. С другой стороны, он сам не откликается или слабо реагирует на обращения к нему, что часто заставляет подозревать у ребенка снижение слуха. Однако близкие замечают, что даже на тихие звуки или речевые обращения ребенок реагирует, если они значимы для него. Например, малыш не выполняет просьб типа «Покажи», «Дай», «Где», но сразу откликается на такие обращения как «Иди сюда, дам конфетку», или «Пойдем гулять».

Обращает внимание незаинтересованность ребенка в общении и взаимодействии с окружающими людьми; его трудно вовлечь в совместную деятельность, целенаправленно обучить чему-нибудь, например навыкам опрятности, самообслуживания, действиям с игрушками. Малыш не подражает действиям взрослых, а предпочитает осуществлять свою деятельность, которая с возрастом все больше выглядит странной и необычной. Ребенок становится гиперактивным, неуправляемым, полностью поглощенным выполнением одних и тех же действий и занятий. У одних детей – это бесцельная двигательная активность (ребенок бегает, крутится, пытается куда-то залезть или убежать, брать попавшие в поле зрения предметы), которая сменяется полной обездвиженностью (ребенок ложится на пол, замирает или созерцает что-либо). У других детей отмечаются разнообразные

навязчивые движения – моторные стереотипии или одни и те же действия с предметами.

В раннем возрасте у аутичных детей наблюдается повышенное внимание к цвету, форме, фактуре окружающих предметов. Родители часто рассказывают, как ребенок сам раскладывает по цвету кубики, кольца пирамидок, карандаши, сортируют предметы по форме или выстраивает их в ряды по величине; пользуется компьютером и сотовым телефоном, хотя его не учили этому специально. Дети часто хорошо запоминают буквы, цифры; демонстрируют прекрасную зрительную, музыкальную память, воспроизводя достаточно сложные ритмы и мелодии; прекрасно запоминают стихи и протестуют при замене в них какого-либо слова.

Для нормального развития детей раннего возраста также характерны многократные манипуляции и действия с предметами, направленные на повторение некогда полученного сенсорного эффекта - с их помощью малыш начинает активное исследование окружающего мира. Но очень скоро они закономерно начинают сменяться более сложными формами обследования, в которых уже учитываются функциональные свойства игрушек, других предметов. Аутичный же ребенок настолько захвачен определенными сенсорными ощущениями, что его действия фиксируются: он, например, не пытается возить, нагружать машинку, а продолжает на протяжении ряда лет вращать колеса или держать заведенную игрушку в руках; не строит башенку из кубиков, а стереотипно раскладывает их в однообразный горизонтальный ряд.

С такой же силой может фиксироваться и полученное однажды отрицательное впечатление; легко возникают и остаются актуальными на протяжении ряда лет многочисленные страхи. Необычность страхов проявляется в чрезвычайной остроте переживания (паника) и их непреодолимость.

Многие дети плохо переносят нарушение стереотипа ежедневного поведения и восприятия. Такая опасность осознается ими как витальная (угрожающая самой его жизни). Это может быть переезд на дачу, перестановка мебели в квартире, выход мамы на работу, госпитализация по каким-либо соматическим показателям, помещение в ясли. В подобных случаях может наблюдаться очень тяжелая реакция: расстройство сна, потеря навыков, регресс речи, усиление заглушающей переживания аутостимуляции, появление самоагрессии (битье себя по голове, стучание головой о стену и т.п.).

Выраженная тенденция к поддержанию постоянства у некоторых детей нередко выглядит уже как патологический симптом. Каждый день такого ребенка это набор привычных действий, менять которые он не позволяет: один и тот же маршрут прогулки, слушание одной и той же музыки или книжки, одна и та же еда, одежда, использование одних и тех же слов и т.д. Иногда формируются достаточно сложные ритуалы, которые ребенок обязательно воспроизводит в определенных ситуациях, и они могут выглядеть достаточно нелепо, неадекватно.

У многих аутичных детей неадекватные поведенческие реакции наблюдаются тогда, когда ребенок попадает в незнакомые, выходящие за рамки ежедневного стереотипа, ситуации, частота которых в раннем возрасте неизбежно возрастает: выход в гости, поездка на транспорте, столкновение с другими детьми на детской площадке и т.д. Аутичный ребенок сильно фиксируется на отрицательных впечатлениях такого опыта, при этом у него нарастают, с одной стороны, тормозимость и тревожность, с другой — негативизм. В результате к 2-3 годам он все больше замыкается внутри своего ограниченного набора стереотипов взаимодействия с окружением и отгораживается от последнего обилием аутостимуляционных действий.

Аутичные дети обычно избегают детей, не проявляют интереса к общению и игре со сверстниками, не вовлекаются в совместные игры с ними, а если и вовлекаются, то лишь в подвижные игры (бег, прыжки и т.п.) или в пассивное наблюдение за детьми. Одни дети полностью безразличны к сверстникам, другие проявляют избирательный, но ограниченный интерес, третьи, не понимая подтекста игровой ситуации и намерений партнеров по игре проявляют агрессию.

К трем годам становится все очевиднее не только отставание и своеобразие в развитии речи, моторики, социальных навыков и игры, избегание контактов с близкими, детьми, но и поведенческие проблемы ребенка. К ним относятся выраженные трудности организации поведения ребенка, его неуправляемость, негативизм, одержимость своими влечениями, настойчивое стремление к выполнению своих ритуалов, необычные страхи, агрессия и самоагрессия, снижение чувства опасности.

Именно в раннем возрасте у аутичного ребенка появляются тенденции, характерные для формирования той или иной группы раннего детского аутизма. Также, нередко можно наблюдать, как у ребенка особенности одной группы постепенно исчезают, появляются особенности другой, часто проявления первой или второй группы

аутизма постепенно трансформируются и окончательно оформляются к дошкольному возрасту в третью или четвертую.

Дошкольный возраст

К дошкольному детству трудности общения и взаимодействия с окружающими, задержка речевого развития, поведенческие проблемы ребенка становятся очевидными для родителей, они начинают обращаться к специалистам за помощью.

К 3-4 годам у аутичных детей завершается формирование основных способов аутистической защиты и складываются основные черты различных групп синдрома: полная отрешенность и безразличие к окружающим, жесткая избирательность и стереотипность в контактах, сверхзаваченность своими собственными интересами и выраженные трудности организации взаимодействия. Проблемы и трудности психического развития аутичного ребенка могут проявляться по разному.

У большинства детей ***первой группы*** поведение остается по-прежнему полевым; их трудно привлечь к выполнению целенаправленных действий, сконцентрировать внимание на достижении определенного результата в деятельности. Они безразличны к окружающим; не формируется привязанность к близким. Они продолжают не реагировать на словесные обращения и использовать речь; у них не формируются навыки опрятности и самообслуживания. Дети требуют постоянного внимания и контроля: они могут убежать, не чувствуя опасности, уйти с любым незнакомым человеком.

В других случаях у детей, демонстрировавших проявления первой группы в раннем возрасте, позже начинает наблюдаться спонтанная (без специального педагогического вмешательства) положительная динамика в развитии. Прежде безразличные к родителям дети, начинают проявлять привязанность к ним: ребенок начинает плакать и искать мать при ее исчезновении и радоваться при ее появлении. Они следят за тем, рядом с ними близкие или нет, перестают убегать от них, контролируют опасные ситуации. Начинают реагировать на обращение к ним, выполнять, хотя избирательно и не всегда, просьбы и требования взрослых. Отмечается использование определенных слов или фраз для воздействия на окружающих: «дай», «иди» и пр. Дети, наконец то, усваивают навыки опрятности и самообслуживания, выполняют некоторые нормы поведения. У них формируются определенные стереотипы поведения, привычки и избирательность во взаимодействии с окружающими.

Создается впечатление, что ребенок как бы перешел на более высокую ступень развития и взаимодействия с окружающими. В определенной степени это так; аутичный ребенок, как и любой другой, способен к развитию, к постоянному наращиванию и усилению своих возможностей и способностей. Однако, как показывает опыт, без специальной коррекционной помощи дальнейших положительных, продуктивных изменений не происходит: поведение и деятельность ребенка остаются глубоко аутистическими; дань или уступки ребенка в выполнении некоторых правил социальных контактов и норм поведения, мотивируются лишь стремлением быстрого удовлетворения своих потребностей и создания для себя комфортных условий сосуществования с окружающими.

Дети первой группы, как правило, достаточно легко адаптируются к детскому саду. Как правило, они, не демонстрируют реакции на разлуку с матерью. Дети пластично усваивают режим дня детского учреждения и пассивно подчиняются ему в процессе выполнения. Они не играют с детьми, но и не мешают никому, предпочитая занятия в одиночку. Дети обычно не сидят за столом во время занятий или могут удерживаться лишь определенное время. К целенаправленному выполнению различных видов дошкольной деятельности (рисованию, лепке, ответам на вопросы) и т.д.) они не способны. Соответственно у них отмечается системная задержка всех сторон психического развития, хотя дети могут избирательно демонстрировать свои способности и достижения в отдельных областях.

У детей *второй группы* к началу дошкольного возраста формируется определенный и неизменный режим взаимодействия с окружающим миром. Такой ребенок стремится полностью контролировать происходящее, требует сохранения в нем постоянства. Отмечается жесткая избирательность в еде, одежде, маршрутах прогулки, способах контакта с людьми; фиксируются стереотипные виды игр и деятельности, множественные страхи и запреты. Любое отклонение от установленного порядка вызывает у ребенка физический дискомфорт, приводит к реакциям панического страха и протеста: агрессии, самоагрессии. Успокоить ребенка может только восстановление порядка.

Ребенок проявляет также повышенную привязанность к матери. Разлука с матерью, даже на короткое время вызывает тяжелые поведенческие реакции и ведет к катастрофическим изменениям в состоянии ребенка – к общему регрессу развития ребенка. В этом случае практически невозможно пребывание ребенка в детском саду. Он в

течение длительного времени так и не может привыкнуть к саду, неизменно демонстрирует выраженные дезадаптивные реакции.

Позже в дошкольном детстве наблюдаются изменения в поведении ребенка. Он, постепенно переживая период максимальной избирательности во всем, становится менее фиксированном на соблюдении стереотипов и более терпимым к появлению в его опыте нового и незнакомого. Ребенок начинает проявлять интерес к другому и новому: еде, одежде, игрушкам и занятиям. С ним уже можно договориться, что-то объяснить, предложить ему другие варианты событий или действий. У него могут уменьшаться или исчезать наиболее изоэтранные стереотипы, страхи становятся менее напряженными. Ребенок уже не проявляет паники при разлуке с матерью, начинает интересоваться детьми, следить за их игрой и вовлекаться в нее.

В то же время актуальными становятся проблемы произвольной организации внимания и обучения ребенка, речевого и умственного развития ребенка. Речь стереотипна и штампована, используется ребенком лишь в определенных (знакомых) ситуациях. Характерны ограниченность понимания, буквальность мышления, трудности в установлении взаимосвязей между событиями, символизации игры, которые обуславливают специфическую задержку умственного развития ребенка-аутиста.

В дошкольном возрасте такой ребенок, как правило, может механически демонстрировать большой запас отдельных знаний, умений и навыков, но они усваиваются и используются чаще всего в качестве аутистимуляций; ребенок не может их использовать в качестве средств познания и приспособления к окружающему миру.

Проблемы развития дошкольников третьей группы проявляются в поведении. Родители отмечают выраженное упрямство и негативизм, чрезмерную конфликтность ребенка, стремление делать только по-своему или назло. Другой проблемой становится чрезмерная фиксированность ребенка на своих занятиях и увлечениях, от которого его невозможно отвлечь; ребенок, не слушает других, не реагирует на их реакции, просьбы и требования. Невозможно привлечь внимание ребенка к тому, что находится вне его интереса, изменить намеченную программу действий.

Дети этой группы отличаются высоким умственным и речевым развитием, рано имеют интеллектуальные интересы и увлечения, но их направленность вызывает недоумение у окружающих, так как несвойственны детям в этом возрасте. Речь детей этой группы обычно

очень книжная, изобилует взрослыми, не свойственными детской речи оборотами и выражениями. Увлечения – не по возрасту высокоинтеллектуального и отвлеченного характера. Несмотря на большее накопление информации, она усваивается фрагментарно, используются стереотипно, лишь в рамках аутистических занятий. Имея хорошую речь, дети не могут активно и гибко использовать ее в общении, не в состоянии поддержать обычного диалога на бытовые темы.

У детей отмечается специфическая задержка психического развития, которая проявляется социальной наивностью, бытовой неприспособленностью, трудностями гибкого и адекватного взаимодействия со взрослыми и сверстниками. Дети третьей группы обычно моторно неловки, неумелы в ручной деятельности. Они способны к игровым контактам с детьми, но полноценное игровое взаимодействие практически невозможно из-за конфликтности, агрессивности этих детей, стремления навязывать и жестко диктовать свои условия.

Дети *четвертой группы* в дошкольном детстве беспокоят родителей повышенной тормозимостью, робостью, зависимостью от окружающих, а также задержкой в умственном и речевом развитии. Аутистические проблемы этих детей проявляются в эмоционально-социальной незрелости: дети быстро устают и истощаются при общении и взаимодействии с людьми. Они стремятся к общению с детьми, но не могут адекватно строить отношения с ними. Дети могут быть то, робкими и тормозимыми, то возбужденными и дурашливыми.

Дети замедленно воспринимают обращенную речь, часто затрудняются в понимании развернутых словесных инструкций. Их речь бедная, аграмматичная, маловыразительная. Детей трудно обучать, они плохо сосредотачиваются, плохо приспосабливаются к изменению порядка и условий в деятельности. Им легче усвоить определенные навыки самостоятельно и использовать их в стереотипной форме. Тем не менее, для организации любой деятельности эти дети требуют постоянной эмоциональной поддержки, одобрения и помощи взрослого. Они очень чувствительны к неудаче, плохо переносят критику.

Для преодоления проблем ребенка родители стремятся отдать его в детский сад; чаще всего в специализированный (для детей с задержкой речевого или психического развития). Детский коллектив и занятия со специальными педагогами способствуют психоречевому развитию ребенка, но педагогическая и воспитательная работа без учета особенностей этих детей и использования специальных методов

психолого-педагогической помощи, может спровоцировать усиление уже имеющихся трудностей ребенка и появлению новых проблем. У детей могут сформироваться стойкий негативизм к «занятиям», страхи перед детским коллективом, что впоследствии может стать серьезным препятствием к дальнейшему обучению.

Школьный возраст

К школьному возрасту у всех детей с аутизмом отмечается в той или иной степени положительная динамика в развитии. Все дети более активно демонстрируют стремление к контактам с близкими, у многих появляется интерес к сверстникам, к общению и взаимодействию с ними. Большинство аутичных детей овладевают определенными как социально-бытовыми, так и когнитивными и речевыми навыками. Многие дети достаточно легко усваивают школьные навыки, причем нередко самостоятельно без помощи взрослых: быстро запоминают алфавит, начинают читать, считать, писать.

Дети ***первой группы*** становятся более управляемыми, более направленными на взаимодействие с близкими. Они начинают выполнять словесные просьбы, обнаруживают понимание ситуации, интерес к происходящему. У некоторых детей появляется речь; отдельные слова и фразы начинают использовать для выражения своих желаний. У других детей при отсутствии устной коммуникативной речи, формируется письменная: ребенок, используя карточки со словами или составляя их из букв выражает свои желания, отношение к происходящему. Иногда для коммуникации дети используют картинки или фотографии.

Хотя многие дети первой группы в школу не попадают, но их обучение в школе вполне возможно, особенно у тех детей, которые получали специальную помощь и подготовку к школе. Основные трудности детей первой группы обнаруживаются в организации их учебной деятельности и поведения на уроке. Они с огромным трудом сидят за партой, могут встать, ходить по классу, не выполняют заданий, а заняты своими играми; не отвечают на вопросы или отвечают невпопад. Дети могут не выполнять требований учителя, как будто не видят и не слышат его. Могут отмечаться неадекватные реакции: смех, плач, двигательное или речевое возбуждение, немотивированный негативизм, отказ от выполнения заданий. Однако, в то же время несмотря на все эти трудности они могут усваивать школьный материал, у них формируются учебные умения и навыки. Постепенно, по мере привыкания к школьным условиям, терпеливом и доброжелательном

отношении со стороны учителя у ребенка формируются стереотип учебных занятий, в рамках которых он может удерживаться в школе.

Дети *второй группы* обладают значительно большими возможностями для обучения в школе. Хотя некоторые из них в первое время в школе могут демонстрировать дезадаптивное поведение, но вскоре у детей вырабатывается общий стереотип школьной жизни, усваиваются правила поведения на уроке, которым они пунктуально следуют. Дети хорошо воспринимают адресованную им индивидуально инструкцию учителя; они ответственно относятся к выполнению заданий и очень чувствительны к оценке учителя, плохо переносят замечания и неуспех в деятельности вплоть до срывов в поведении. Также дети плохо переносят неожиданные изменения привычного школьного порядка: замена урока, учителя, места занятий. В этих случаях ребенок может дать стойкий отказ от обучения.

Другой проблемой школьного обучения аутичных детей этой группы становятся трудности овладения учебным материалом. Сначала на первый план выступают моторные трудности при овладении навыком письма. Дети могут с трудом ориентироваться на листе тетради, неправильно держать ручку; им трудно по образцу воспроизвести элементы буквы. Но эти трудности достаточно быстро преодолеваются детьми. Более существенными и малопреодолимыми становятся трудности активного осознанного усвоения учебного материала, переноса и использования полученных знаний и навыков в новых и других ситуациях.

Аутичный ребенок запоминает и усваивает учебный материал механично, фиксируя его в памяти в той форме и контексте, в которых он был предложен учителем, и затем также стереотипно его воспроизводит. Затруднено понимание речи: развернутых словесных инструкций, смысла и подтекста связных высказываний. Характерны выраженные трудности собственных высказываний: ребенок не может пересказать текст, дать развернутый ответ, поддерживать диалог с учителем.

Дети *третьей группы*, как правило, не имеют проблем, связанных с адаптацией к школьной жизни или усвоением учебного материала. Трудности обнаруживаются в поведении ребенка, в особенностях его взаимодействия с детьми и учителем. Мотивированный на достижение хороших результатов в учении, высокой оценки и похвалы учителя, аутичный ребенок требует его исключительного внимания, стремится постоянно говорить с ним на темы своих увлечений, не терпит возражений, отвлечений внимания учителя. Такой ребенок стремится

всегда быть первым, отвечать на все вопросы; он плохо переносит возражения, искренне полагая, что всегда прав. Такое поведение нередко становится причиной различных конфликтов ребенка с одноклассниками, нередко дезорганизует работу класса.

Дети *четвертой группы* испытывают трудности в обучении из-за повышенной тормозимости, быстрой истощаемости и утомляемости, а также чрезвычайной ранимости. Такой ребенок слишком зависим от влияния класса: легко вовлекается и подражает действиям и шалостям детей, быстро перевозбуждается; на фоне истощения становится двигательно расторможенным, дурашливым. Он плохо переносит недоброжелательное отношение, порицание и критику учителя, неуспех или неудачу в деятельности; все это может легко дезорганизовать поведение ребенка.

Также отмечаются трудности понимания обращенной речи, замедленное восприятие инструкции и усвоение материала; для усвоения учебного материала ему требуется индивидуальная помощь и поддержка учителя. Эти особенности ребенка в школе чаще всего расцениваются как задержка психического развития и предлагается обучение по программе ЗПР.

Общей и главной проблемой всех аутичных детей в школе являются трудности коммуникации и социального взаимодействия, эмоционально-личностная незрелость этих детей. Аутичные дети часто не понимают, эмоционального смысла происходящего, отношений между людьми, чувств и намерений других людей. Он воспринимает окружающий мир фрагментарно, конкретно, буквально. Им трудно соотнести отдельные события, различные аспекты жизни между собой и свести их в единую, взаимосвязанную и взаимообусловленную картину. Аутист, не понимая эмоционального подтекста общения, затрудняется продуктивно и адекватно строить отношения с людьми: он слишком доверчив, открыт и наивен или же, быстро пресыщаясь и утомляясь в контактах, проявляет неадекватные реакции- немотивированный отказ, агрессию. С возрастом, когда развитие уже не ребенка, а подростка определяет его собственная осмысленная позиция, осознанное отношение к миру, людям, неупорядоченность индивидуального эмоционального опыта становится серьезным тормозом развития даже вполне успевающих в учебе детей.

Выявление детей с риском аутизма в организациях здравоохранения и образования

Опыт оказания помощи аутичным детям показывает: чем раньше начата коррекционная работа, тем эффективнее ее результаты. Выявление детей с риском формирования аутизма еще в раннем возрасте позволяет своевременно оказать им специальную коррекционную помощь и достичь более успешной социальной реабилитации.

Раннее выявление детей с риском аутизма должно осуществляться в условиях организаций первичной медико-санитарной помощи системы здравоохранения (детских поликлиниках, семейно-врачебных амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах), где проводится скрининг нарушений психофизического развития у всех детей в возрасте от 0 до 3-х лет. Риск формирования детского аутизма может быть обнаружен участковыми врачами-педиатрами или невропатологами.

Дети с подозрением на аутизм могут быть обнаружены также в дошкольных организациях образования или в психолого-медико-педагогических консультациях, куда обращаются родители детей в возрасте от 0 до 18 лет с любыми проблемами психического развития.

Для выявления детей с риском формирования аутизма предлагается использовать следующий ниже алгоритм действий.

1. Скрининговое обследование должны пройти все дети в возрасте от 0 до 7 лет, родители которых обратились в поликлинику или в ПМПК с одной из ниже перечисленных жалоб или воспитатели или психологи детских садов выявляют такие особенности в поведении и развитии ребенка как:

- задержка и нарушения речевого развития: ребенок не обращает внимания на речь, не откликается на имя, у него отсутствует речь или он говорит отдельные слова, но не использует их для общения (в этих случаях необходимо прежде всего исключить нарушения слуха);

- равнодушие, безразличие к окружающим, слабая эмоциональная откликаемость или повышенная чрезмерная привязанность к близким;

- игнорирование обращенной речи, невыполнение просьб и требований взрослых, неподчинение правилам поведения;

- гиперактивность, непослушание, невозможность привлечь к совместным действиям;

- нежелание и неумение общаться, отсутствие интереса к игре со сверстниками, игра в одиночку;

- приверженность к одним и тем же действиям, привычкам в еде, одежде, режиму дня и т.д., непереносимость каких-либо изменений в окружении;

- необычность игр, интересов, однообразное и постоянное воспроизведение одних и тех же действий, игр.);

- длительное неусвоение социально-бытовых навыков (опрятности, самообслуживания), элементарных норм поведения;

- страхи: их причудливость и стойкость.

2. Врачи – педиатры, невропатологи, психологи проводят беседу с матерью и обследование ребенка с целью обнаружения у него возможных аутистических проявлений. Для этого предлагается использование диагностической карты (Приложение 1).

3. Риск формирования аутизма может быть обнаружен у детей посредством использования анкетирования родителей. Им предлагается заполнить опросник, который обрабатывается следующим образом: за каждый положительный ответ («да») начисляется 1 балл, за ответ «нет» - 0 баллов (Приложение 2). В итоге баллы суммируются и оценивается риск наличия детского аутизма.

0-4б. – низкий риск наличия аутизма

4-8б. – средний риск наличия аутизма

8-12б. – высокий риск наличия аутизма

4. На основании всей полученной информации устанавливается или исключается риск формирования аутизма. Если выявляется высокий риск аутизма, то ребенок направляется на дальнейшее обследование к врачу-психиатру в центр психического здоровья, а также на комплексное (психиатрическое, психолого-педагогическое, логопедическое) обследование в психолого-медико-педагогическую консультацию с целью определения условий и мер психолого-педагогической помощи.

Диагностика детского аутизма в психолого-медико-педагогической консультации

Организация диагностического обследования в ПМПК

Комплексное обследование детей с аутизмом в условиях психолого-медико-педагогической консультации имеет специфику, связанную с особенностями их поведения. Традиционное экспериментальное обследование аутичного ребенка нередко невозможно из-за трудностей установления с ним продуктивного контакта. Нередко большую часть диагностической информации об особенностях развития аутичного ребенка специалисты консультации получают в результате наблюдения за его поведением, а также из беседы с родителями.

Диагностическое обследование ребенка с подозрением на аутизм должно быть направлено не на скорейшее установление окончательного диагноза, а на планомерное уточнение с учетом особенностей и динамики развития ребенка в процессе коррекционной работы с ним.

В условиях ПМПК наиболее продуктивной представляется стратегия диагностико-консультативной работы, включающей в себя следующие этапы:

1 этап - предварительная встреча с семьей ребенка, сбор сведений медицинского и социально-психологического анамнеза. Уже отмечалось, что значительную информацию можно получить из бесед с родителями о раннем развитии ребенка, поскольку дети разных групп аутизма создают разные домашние проблемы, по-разному проявляют себя в раннем детстве. На основе данных полученных от родителей можно выстроить гипотезу о степени и характере предполагаемого типа нарушения у ребенка. Возникшие предположения будут проверены в непосредственном наблюдении и обследовании.

Сбор анамнестических сведений ведется по общепринятой в ПМПК схеме. Нет необходимости выяснять при этом всю картину детского аутизм; более подробные сведения о характере аутистического нарушения можно будет получить в ходе обследования ребенка на следующем приеме. Однако, если возникает предположение об аутистическом нарушении, следует подробнее остановиться на особенностях общения и поведения ребенка. В разделах Карты развития ребенка ПМПК «Особенности поведения» и «История настоящего заболевания. Социальная ситуация развития» важно отразить динамику коммуникативного и социально-эмоционального развития ребенка с первых дней жизни и по настоящее время, уточнить наличие специфических аутистических феноменов: тождества, стереотипий, специфической игры, страхов и т.д.

Необходимо выяснить наличие в опыте ребенка психотравмирующих ситуаций (сепарации, холодного жестокого отношения со стороны близких), чтобы исключить психогенный характер эмоциональных нарушений. В этом случае важно осторожно и корректно, но достаточно подробно выяснить характер детско-родительских отношений, наличие внутрисемейных проблем и психологических проблем у матери.

Следует более тщательно выяснить семейный анамнез: наличие общей наследственной отягощенности, отягощенности шизофренического круга и других психических расстройств. Выясняются характерологические особенности родителей и ближайших

родственников, таких как: замкнутость, необщительность, трудности социальной адаптации и т.д.

Для получения дополнительной информации о ребенке и родительского отношения к его проблемам можно предложить родителям (при их согласии) написать письменную характеристику в произвольной форме или по определенному плану (например: «Что беспокоит и что нравится мне в моем ребенке», или «Положительные, сильные и слабые стороны моего ребенка»).

2 этап - диагностическое обследование ребенка различными специалистами. Тактики обследования ребенка могут быть различными в зависимости от возрастных и психологических особенностей ребенка. При этом необходимо создать определенные условия для обследования аутичного ребенка:

- в обстановке обследования не должно быть предметов, которые могут пугать и или сильно волновать ребенка. Следует заранее уточнить у родителей, чего боится ребенок: незнакомых людей, каких-либо предметов, игрушек (например, плюшевых, пушистых или механических игрушек и т.д.). Не рекомендуется ношение медицинской формы во время обследования детей;

- обследование проводится при условии хорошего самочувствия, положительного или нейтрального эмоционального состояния ребенка. Если ребенок соматически неблагополучен, голоден или хочет спать, а также по тем или иным причинам отказывается вступать в контакт (например, заходить или находиться в комнате обследования), то лучше назначить новую встречу. Не следует принуждать ребенка к выполнению просьб и требований;

- комната для обследования обязательно должна быть достаточно большой, чтобы ребенок имел возможность свободно передвигаться в ее пространстве. В различных местах можно разложить предметы и игрушки, действия с которыми обычно интересны детям-аутистам: волчки, мячи, кубики, игрушки с сенсорным эффектом, веревочки, сыпучий материал и т.д. Также в поле зрения и досягаемости ребенка должны быть обычные игрушки: машины, куклы, пирамидки, кубики, посуда, мебель и т.д.

При первой встрече с ребенком не следует вступать в прямой контакт с ребенком, как игровой, так и вербальный. Желательно избегать прямых вопросов («Как тебя зовут?»), заглядывать ребенку в глаза, прикасаться к нему, брать за руку.

Прием целесообразно начинать с беседы с родителями, предоставив им возможность самим решать, что делать с ребенком. Их поведение -

взятие ребенка на руки, колени, поза прижатия или наоборот, отстраненности- может послужить предметом диагностического анализа. Если родители спрашивают, о том, что должен делать ребенок, можно предложить им отпустить ребенка к игрушкам. В тех случаях когда ребенок не желает отходить от матери, он может оставаться достаточно долгое время у нее на руках или рядом с ней. По окончании беседы , если ребенок не проявляет какой-либо активности, можно предложить родителям вместе с ребенком пройти к игрушкам и начать совместные действия.

Беседу с родителями проводит обычно врач-психиатр консультации, психолог и другие специалисты во время беседы с родителями наблюдают за поведением и спонтанной активностью ребенка. Для повышения эффективности наблюдения за ребенком предлагается использование специальной схемы (Приложение 3). Ее использование позволит соблюсти условия и требования, предъявляемые к методу наблюдения: наличие четкой целевой установки, плановость и систематичность, избирательный, или выборочный характер в соответствии с выдвинутой гипотезой.

Экспериментальное обследование

Для того, чтобы установить с аутичным ребенком контакт, нужно предложить интересные для него занятия и постараться создать условия, в которых он будет чувствовать себя комфортно и безопасно. Важно, чтобы требования к нему не превышали его возможностей.

На начальном этапе обследования нереально ставить задачу выявления возможностей ребенка путем направленного обследования: часто он не реагирует на обращенную речь, не выполняет инструкций, не включается в разговор, может не вовлекаться в выполнение предложенных заданий, игры или рисование. Постепенно, по мере привыкания и с постепенным развитием отношений с ним, такое обследование станет возможным, но начальное взаимодействие должно происходить особым образом.

Во время первого обследования не имеют значения количественные показатели развития отдельных психических функций — важны общие качественные характеристики, аффективный смысл поведения, т.е. то, что позволяет понять, на каком уровне, с помощью каких аффективных механизмов ребенок строит свое взаимодействие с миром.

Первоначально обследование следует начинать проводить одному специалисту, как правило психологу. Такой подход позволяет ребенку быстрее привыкнуть к незнакомой обстановке, снять тревогу и

напряжение. По мере того как ребенок будет привыкать к новой обстановке, другие специалисты могут постепенно включаться в процедуру обследования, но делать это очень осторожно.

После наблюдения за спонтанным поведением ребенка психолог начинает медленное и постепенное установление контакта. Сначала он понемногу сокращает дистанцию между собой и ребенком, при этом избегая смотреть прямо в его сторону, используя боковое зрение или прикрывая глаза. Взрослый начинает с тех действий, которые выполняет сам ребенок. Сначала нужно понаблюдать за ребенком, попытаться в точности скопировать его действия, а не предлагать ему свои игры. Тщательное наблюдение может обнаружить наступившее у ребенка состояние расслабления и комфорта. Его признаками являются: сокращение дистанции между взрослым и ребенком, вплоть до прикосновений, наблюдение за действиями взрослого (оно может быть кратковременным и боковым зрением), различные движения, вокализации крики, которые родителями объясняются как проявления радости и удовольствия.

При достижении такого состояния ребенком, психолог может спокойно, но увлеченно заняться чем-то своим, что может привлечь внимание ребенка. Это могут быть процессуальные действия с мячом, машинкой, юлой, другими игрушками выполнение определенных заданий: складывание пирамиды, строительства башни из кубиков, пазлов, «сортеров», «почтовых ящиков», главное, чтобы принцип действия с ними был очевиден для ребенка. Делать это надо осторожно, чтобы не напугать ребенка неожиданным новым впечатлением. Нужно следить какое впечатление производят на ребенка ваши действия, не усиливают ли они его тревожности, не увеличивается ли его моторная напряженность, стереотипные действия или агрессия.

Эти действия не должны быть длительными, после нескольких действий необходимо остановиться, отойти в сторону, перестав обращать внимание на ребенка (отвернуться, заговорить с родителями), чтобы возможно спровоцировать у него желание самому повторить эти действия. Нередко можно наблюдать отставленные «эхопраксичные» действия ребенка. Ребенком мимоходом, не глядя, может сложить пирамидку (чаще только часть ее), или вложить пазл, покатать машинку, мяч или покормить куклу. Нередко он начинает развертывать свои действия.

На этом этапе можно попробовать организовать первые игровые взаимодействия: покатить ему мяч, машину, закрутить юлу и после ее остановки передать ему, сложить 1-2 кубика башни, третий передать ему.

Делать это нужно неназойливо, без принуждения, терпеливо ожидая отсроченной реакции ребенка. Необходимо дозировать эти взаимодействия. Чаще всего дети сами контролируют дозировку такого общения. Они могут встать, отойти в сторону, убежать, отвернуть, лечь на пол, осуществлять стереотипные действия. Это необязательно обозначает, что ребенок напуган или не хочет поддерживать контакт. Таким образом он может сигнализировать о психическом пресыщении и усталости. Через какое-то время, отдохнув, ребенок возвращается к взрослому, прерванному действию и может сам инициировать контакт, например: взять руку взрослого и протянуть ее к предмету (дескать, продолжай) или подвести ее к заинтересовавшему предмету.

Желательно в консультации иметь большой физиологический мяч. Дети I группы, как известно, любят тактильное стимулирование (покачивание, подпрыгивание и т.д.) и мяч можно активно использовать для предоставления ребенку физических удовольствий (качание на нем), а через него установление игрового контакта. Затем мяч можно покатавать друг другу и т.д. Неплохой способ установления контакта, привлечения внимания и интереса ребенка к своим действиям - пускать мыльные пузыри. В некоторых случаях для установления контакта можно применять действия с любимыми предметами или игрушками ребенка, которые он принес из дома.

Если ребенок в той или иной степени готов к сотрудничеству, его можно усадить за специально оборудованный столик и предложить ему традиционную батарею методик, использующуюся для исследования познавательной деятельности. Рядом, постепенно могут разместиться другие специалисты (к присутствию которых ребенок уже привык).

После выполнения проб предложенных психологом, можно приступить к логопедическому и педагогическому обследованию и уже затем к медицинскому (неврологическому) обследованию.

Экспериментальное исследование следует начинать с легких заданий, которые будут доступны и интересны ребенку. Некоторые дети первой, а также третьей-четвертой групп группы аутизма достаточно легко привлекаются к выполнению различных заданий, пассивно или активно подчиняясь инструкциям взрослых. В случае игнорирования или отрицательного отношения к заданиям и отказа от деятельности (вторая группа) не следует моментально предпринимать попытки обучить и привлечь ребенка к ней. Возможно, предлагаемые задания и стимульный материал своей новизной вызвали у ребенка страх и тревогу. Поэтому психолог сам выполняет задание, предоставив ребенку

возможность наблюдать за ним; позже по мере привыкания, он вполне может проявить интерес и выполнить все предлагаемые задания.

Если же ребенок, несмотря на все усилия и попытки не желает вступать в контакт, пассивно или активно протестуя против любых его форм, то лучше назначить повторную встречу. Нередко на повторном приеме ребенок проявляет большую коммуникативную активность, поскольку обстановка и ситуация ему уже знакомы и не вызывает столь выраженной тревоги и страхов.

Для исследования привязанности аутичного ребенка к родным и особенностей детско-родительских отношений рекомендуется провести используемый в условиях консультации экспериментальный тест А. Айнсворт «Незнакомая ситуация». Обычно он проводится у детей первой группы, т.е. тех у которых подозревается отсутствие или ограниченность привязанности к матери и близким. Нежелательно проводить этот эксперимент с детьми, у которых отмечается повышенная или симбиотическая привязанность к матери, дабы не психологически не травмировать ребенка.

В практике ПМПК встречаются случаи, как правило, это при сочетании аутизма с выраженной умственной отсталостью и другими нарушениями психофизического развития, когда провести экспериментальное обследование ребенка практически невозможно. В таких ситуациях диагностика аутизма осуществляется на основе изучения данных, полученных из медицинских документов, от родителей и наблюдения за ребенком.

Первичное обследование с целью установления окончательного диагноза и оформления общего заключения ПМПК по результатам комплексного обследования может занимать 1-4 приема. При затруднении установления окончательного диагноза рекомендуется динамическое наблюдение в течении диагностического периода от 3 до 6 мес. с последующим повторным обследованием.

3 этап – совместное обсуждение специалистами результатов обследования, составление общего заключения ПМПК о состоянии ребенка. На этом этапе специалисты анализируют результаты своего обследования, используя специальные диагностические карты (Приложения 4, 5), обсуждают результаты с коллегами. В результате обсуждения, а затем согласования и обобщения мнений специалистов, приходят к единой точке зрения и оформлению общего заключения ПМПК, отражающего медицинский и психолого-педагогический диагнозы.

После определения общего заключения ПМПК, специалистам необходимо обсудить наиболее эффективную тактику консультирования семьи ребенка. Следует продумать следующие моменты:

- определить содержание информации, предназначенной для родителей. Руководствуясь принципами соблюдения интересов ребенка, уважения права родителей на получение информации о своем ребенке, необходимо продумать какие именно сведения, в какой форме и последовательности сообщать родителям.

- определить последовательность сообщений специалистов, консультирующих семью по различным аспектам психического развития.

4 этап – консультирование семьи. На этом этапе специалисты сообщают диагноз и/или профессиональные мнения о состоянии психического развития ребенка, рекомендуемые условия медицинской и психолого-педагогической реабилитации, предлагают индивидуализированные конкретные рекомендации по развитию и воспитанию аутичного ребенка в семье. Тактика консультирования изложена в главе «Консультирование семьи аутичного ребенка».

Неврологическое обследование

Изучение неврологического статуса у детей проводится по общепринятым схемам неврологического обследования с использованием клинического метода.

Учитывая этиопатогенетические механизмы возникновения аутизма, в обязательный перечень дополнительных обследований ребёнка с подозрением на аутизм входят: магнитно-резонансная томография (компьютерная томография) головного мозга, электроэнцефалографическое исследование (во время сна), консультация эндокринолога (при необходимости исследование уровня тиреотропных гормонов), консультация генетика (при необходимости исследование на обменные нарушения), консультация сурдолога (при необходимости проведение аудиометрического обследования).

Проведение неврологического обследования аутичных детей затруднено, так как эти дети негативно относятся к непосредственному осмотру (нежелание общаться, страх и т.д). Поэтому состояние ряда функций нервной системы нередко приходится оценивать визуально в ходе спонтанной деятельности ребёнка. Обследование начинают с общего осмотра: отмечают особенности положение ребенка, форму позвоночника, грудной клетки, кистей, стоп и т.д.; различные стигмы дизэмбриогенеза.

Исследование черепно-мозговой иннервации проводят традиционно также традиционно. **Обонятельный нерв** – ориентировочно нужно учитывать реакцию на запах (двигательное беспокойство, чихание, сморщивание лица и т.д.). В основном функция данного нерва оценивается со слов матери и по наблюдению. У детей с аутизмом часто бывает повышенная чувствительность к запахам, непереносимость определенного запаха. Нередко такие дети обнюхивают всё незнакомое. **Зрительный нерв** – если ребёнок пассивно подчиняется требованиям, то определяют реакцию зрачка на свет (проверяют прямую и содружественную реакции зрачков, прослеживание, узнавание знакомых лиц). **Глазодвигательный, блоковый, отводящий нервы** – устанавливается величина и форма глазных щелей, проверяется форма и величина зрачков, реакция зрачка на свет, аккомодация, конвергенция, фиксируется наличие косоглазия, экзофтальма, птоза, мидриаза, поворот глазного яблока кнаружи и вниз. Отличительной чертой детей с аутизмом является отсутствие глазного контакта (не смотрят прямо в лицо). Часто создается впечатление, что ребёнок смотрит «сквозь», «мимо». Не редко аутичные дети смотрят боковым зрением. **Тройничный нерв** – оценка функции затруднена. **Лицевой нерв** - оценивается симметричность лица в покое и при активных движениях (можно вызвать улыбку). О функции нерва можно судить по рефлексам (корнеальный, конъюнктивальный, сосательный, хоботковый). **Преддверно-улитковый нерв** – о наличии слуха можно судить по общей реакции на звуковые раздражители (вздрагивание, двигательное беспокойство, изменение дыхания, испуг). В раннем возрасте родители жалуются на отсутствие реакции у детей на обращенную речь, иногда на слуховые раздражители, в связи с чем они нередко обращаются к врачу-сурдологу с подозрением на снижение слуха. С целью обследования слуха можно использовать погремушку, часы. Предметы необходимо подносить то к одному, то к другому уху. Проведение традиционной аудиометрии также затруднительно, и зачастую детям с аутизмом проводят его во время сна. **Языкоглоточный, блуждающий нервы** – о нарушении функции блуждающего нерва свидетельствуют изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. **Добавочный нерв** – исследуют путём осмотра и пальпации грудинно-сосцевидной мышцы, оценки поворота головы в стороны. При поражении нерва отмечается запрокидывание головы, ограничение движения руки выше горизонтального уровня. **Подъязычный нерв** – исследование его также затруднительно, оценивается со слов родителей.

Среди обнаруженных неврологических симптомов у аутичных детей наиболее распространенными бывают симптомы поражения глазодвигательных, лицевого, языкоглоточного и подъязычного нервов, расстройства в системе иннервации зрения. Специфических нарушений со стороны черепно-мозговой иннервации не выявлено.

Исследование двигательной и координаторной сферы. Наблюдая за ребёнком, можно оценить двигательную активность. На первом году жизни в основном отмечается снижение двигательной активности, так называемый «удобный» ребенок (не плачет, много спит, не требует внимания, малоподвижен). Реже встречается другой вариант – повышенная двигательная активность. Нередко наблюдается сочетание этих форм двигательных проявлений, когда при ограничении общей подвижности отмечается избыточность движений в конечностях. Часто к моменту начала ходьбы сниженная двигательная активность нередко сменялась гиперактивностью. В старшем возрасте двигательное поведение ребенка определяется его общим психическим состоянием.

Исследование мышечного тонуса также проводится традиционно. Оценка мышечного тонуса производится при пассивных движениях конечностей. Об изменении тонуса можно судить по позе и положению конечностей ребёнка.

У большинства детей при исследовании мышечного тонуса выявляется легкая или умеренная общая гипотония. Для большинства аутичных детей характерно неравномерное распределение мышечного тонуса, которое приводит к формированию особой позы и положений конечностей в покое (выраженная разгибательная установка нижних конечностей, опора на «носочки» при вертикализации, ходьба на «цыпочках», гиперэкстензия пальцев кисти, тенденция к тыльному сгибанию пальцев стопы, рекурвация локтевых и коленных суставов и т. д.). Особенностью состояния мышечного тонуса и его расстройств у детей с аутизмом в раннем возрасте, является транзиторность, нестабильность и изменчивость в зависимости от психического состояния.

Активные движения исследуются сверху вниз. Обычно в практической деятельности неврологи ограничиваются определением объёма лишь некоторых основных движений и только в необходимых случаях проверяют более тонкие и изолированные движения. Обязательным является определение мышечной силы. Оценка мышечной силы производится традиционно по пятибалльной системе. Провести классическое исследование мышечного тонуса и силы у аутичных детей крайне затруднительно, поэтому об их состоянии в основном приходится судить, наблюдая за спонтанной, произвольной двигательной

деятельностью и во время деятельности с педагогом (то есть наблюдение за целенаправленной произвольной двигательной деятельностью).

Практически у всех детей с аутизмом отмечается общая неловкость, недостаточно координированная походка, дети не умеют прыгать, стоять на одной ноге, не всегда в состоянии перешагнуть через препятствие, даже если это всего лишь узкая бумажная полоска, бросить мяч в цель, поймать его. Тонкие целенаправленные движения (нанизывание бус, шариков, колец пирамидки, складывание мозаики, попытка поставить цветы в вазу, вдевание нитки даже в большое ушко иголки, застегивание пуговиц) вызывают большие затруднения. У многих детей нарушено чувство ритма, им трудно ходить под музыку, выполнять под нее движения. У большинства из них отсутствуют навыки самообслуживания.

В целом моторное развитие детей с аутизмом характеризуется следующими особенностями:

- нарушение мышечного тонуса, точности и силы движений, их координированности;
- нарушение равновесия, трудности включения всего тела в единый процесс движения, нарушение произвольной организации движений;
- тяжёлая, порывистая походка, импульсивный бег с особым ритмом, нелепо растопыренные руки;
- движения могут быть вялы или, наоборот, напряжённо скованы и механистичны, с отсутствием пластичности; иногда – чрезмерная пластичность;
- слабая координация собственного тела во внешнем пространстве (дети могут "налетать" на предметы).
- множество стереотипных движений: раскачиваний, однообразных поворотов головы, ритмичных сгибаний рук, кружений, машущих движений кистью и пальцами и др.
- реакция на помощь взрослого при формировании двигательных навыков, затруднения в имитации движений взрослого, сопротивление в принятии помощи при обучении.

У детей с синдромом Аспергера координация общих движений нарушена в большей степени, чем мелкая моторика. Движения мелкой моторики у них могут быть высоко координированы, в особенности, если он манипулирует интересующими его объектами или занимается своей любимой деятельностью. У них возможны трудности в целенаправленном обучении и произвольном выполнении таких навыков, как езда на велосипеде, плавание, катание на лыжах и коньках. Часто они создают впечатление крайне неуклюжих. Это особенно заметно, когда они находятся в непривычной обстановке, в окружении незнакомых людей. Во внешнем облике детей

обращают на себя внимание застывшая мимика, направленный в пустоту или как будто в себя взгляд, отсутствие реакции «глаза в глаза», но может отмечаться мимолетная фиксация взгляда на окружающих лицах.

Моторика детей с синдромом Аспергера - угловатая со стереотипными движениями, атетозоподобными движениями в пальцах рук, ходьбой «на цыпочках». Но наряду с этим у них возможно развитие достаточно сложных и тонких моторных актов. В старшем возрасте особые трудности аутичные дети испытывают при овладении графическими навыками. Наблюдается некоординированность, импульсивность движений руки, что ведет к искажению начертания буквы, к неровности нажима, неравномерности расположения букв в слове.

В некоторых случаях аутистическое расстройство сочетается с определенными *заболеваниями* и может быть расценено как их следствие (например, при детском церебральном параличе, повреждении головного мозга, при туберозном склерозе, нарушении жирового обмена, синдроме ломкой X-хромосомы, гипотиреозе и т.д.).

Детский аутизм может сочетаться с нарушениями зрения, слуха. Часто у детей с аутизмом диагностируется эпилепсия, которая может утяжелять течение заболевания. Существует достаточное количество данных, указывающих на то, что эпилепсия может имитировать или вызывать аутизм. Возможно, поэтому из параклинических методов исследования часто детям с аутизмом проводят электроэнцефалографию.

В ходе неврологического обследования с проведением параклинических исследований у детей с аутизмом часто диагностируются следующие нарушения: резидуально-органическое состояние нервной системы, гидроцефальный синдром, внутренняя гидроцефалия, гипертензионный синдром, церебральные кисты, гипоплазия мозолистого тела, эпилепсия, парез отводящего нерва, заикание, тики, эктопия миндалин мозжечка.

Имеются данные об особенностях ЭЭГ у аутичных детей. В целом для детей с аутизмом характерно снижение амплитуды колебаний, нерегулярность альфа-ритма, увеличение индекса бета-активности, сглаженность зональных различий, снижение реактивности на действие раздражителей. Знаки нарушения онтогенеза корковой ритмики более отчетливо выявлялись в младших возрастных группах, что связывают со слабостью приспособительных и компенсаторных механизмов нервной системы в этот период. Отмечено, что у детей с аутизмом чаще всего встречается психомоторный вариант ЭЭГ с заинтересованностью височной доли мозга. Нарушения ЭЭГ чаще отмечаются среди девочек, а ЭЭГ без аномальных форм активности – у мальчиков. С другой стороны, у детей

даже с очень тяжелыми аутистическими расстройствами исследователи не находят каких -либо существенных нарушений ЭЭГ.

Психиатрическое обследование детей с детским аутизмом

Проведение традиционного психиатрического обследования детей с аутизмом часто невозможно ввиду отсутствия у них представлений о самоощущениях, отсутствия самосознания, собственного социального опыта, а также речевых навыков. Диагностическая информация собирается из беседы с родителями, а также путем целенаправленного наблюдения за поведением ребенка в спонтанной деятельности и при экспериментальном психологическом обследовании. Объективный анамнез собирается у лиц, принимающих наиболее активное участие в воспитании ребенка. Обычно таким лицом оказывается мать. Однако бывают случаи, когда ребенок воспитывается у бабушки или у других родственников, или практически целый день проводит с няней. В таких случаях желательно присутствие не только матери, но и лиц, принимающих активное участие в его воспитании.

Наблюдение и психический статус. Наблюдение за ребенком осуществляется по определенной схеме (Приложение 3); при изучении психического статуса необходимо использовать диагностические карты (Приложения 1, 4).

Клиническая картина аутистического синдрома у детей с аутизмом определяется проявлениями отрешенности, с неспособностью к формированию общения, неспособностью к осознанию посторонних лиц и неодушевленных предметов (явлениями протодиакриза), отсутствием подражания, реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразным характером поведения, с симптомами «феномена тождества». У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного внешнего реагирования, так называемая "аффективная блокада"; недостаточна реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими. Такие дети не реагируют на приход и уход родителей, замечания со стороны и т.д.

Во внешнем облике, при обычной миловидности, обращает на себя внимание взгляд, обращенный и пустоту, во внутрь себя, взгляд мимо, взгляд, с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения. Моторика угловатая, движения неритмичные, "закостенелые", или неточные с тенденциями моторных стереотипии в пальцах, кистях рук, ходьба на цыпочках, однообразный бег, прыжки с опорой не на всю ступню. Речь, обычно, не направлена к собеседнику, в периоде речи

отсутствует экспрессия, жестикуляция, мелодика речи нарушена. Голос то тихий, то громкий. Произношение звуков самое разное — от правильного до неправильного. Наблюдаются отклонения тональности, скорости, ритма, нет интонационного переноса, постоянны эхолалии, бессвязность, неспособность к диалогу. Длительно сохраняется тенденция к манерному словотворчеству. Экспрессивная речь развивается с отставанием. В речи часты фразы-штампы, мутизм. Фраза обычно краткая: ассоциации разрыхлены, имеет место смещение мыслей, исчезновение из фраз личных глагольных и местоименных форм, фраза обычно краткая с нарушениями грамматического и синтаксического строя речи. Речь может быть правильной и косноязычной, лепетной.

Выраженность аутизма неодинакова, что зависит от генетической предрасположенности и внешних факторов. Дизонтогенетические проявления в круге аутистического синдрома достигают своей наибольшей выраженности к 3-5 годам жизни ребенка. В дальнейшем этот тип расстройств у одних детей становится почти идентичным расстройствам, описываемым как становление аутистической шизоидной психопатии типа Аспергера. Близкого же к ним порядка личностные расстройства аутистического типа могут иметь место и у детей при сочетании с проявлениями аутизма в сочетании с негрубыми резидуальными состояниями вследствие минимальной мозговой дисфункции или более явных органических резидуальных поражений головного мозга. Тогда как при отчетливо выраженном аутизме типа Каннера, при аутизме, формирующемся в постприступном периоде рано начавшейся шизофрении, и, в особенности, в связи с X-ломкой хромосомой, синдромом Ретта наблюдается становление псевдоолигофренического дефекта, хотя и опять-таки в разной степени выраженности.

Возможности понимания речи у детей с аутизмом также ограничены. В возрасте около 1-го года, когда здоровые дети любят слушать, как с ними разговаривают, дети-аутисты обращают внимание на речь не больше, чем на любые другие шумы. В течение длительного времени ребенок не в состоянии выполнять простые инструкции, не реагирует на свое имя.

В то же время некоторые дети, страдающие аутизмом, демонстрируют раннее и бурное развитие речи. Они с удовольствием слушают, когда им читают, запоминают длинные куски текста практически дословно, их речь производит впечатление недетской благодаря использованию большого количества выражений, присущих речи взрослых. Однако возможности вести продуктивный диалог

остаются ограниченными. Понимание речи во многом затруднено и из-за трудностей понимания переносного смысла, подтекста, метафор. Такие особенности речевого развития в большей степени характерно для детей с синдромом Аспергера.

У детей с аутизмом может отмечаться различный уровень развития речи, но всегда страдает возможность использования ее с целью общения. Отклонения от нормального речевого онтогенеза наблюдаются уже на стадии доречевого развития. Спектр речевых расстройств варьирует от полного мутизма до опережающего (по сравнению с нормой) речевого развития.

При описании психического статуса целесообразно придерживаться принципа последовательности изложения выявленных особенностей вначале осветить состояние сферы сознания: доступность контакту, способность дать сведения о себе и окружающем, точность и адекватность этих представлений (ориентировка в окружающем). Необходимо более подробно описать особенности поведения и контакта. Как правило, при аутизме наблюдается безразличие к окружающим, игнорирование обращенной речи, отсутствие отклика на имя, гиперактивность, полевое поведение, неадекватные в ситуации взаимодействия реакции, в том числе агрессивные.

Затем рассмотреть особенности развития познавательной сферы: мышления, восприятия, внимания и памяти, речи; оценить объём знаний, умений, навыков. Желательно отражать и специфику выполнения тех или иных заданий, тестов (если ребёнок выполняет их), когда это может наглядно проиллюстрировать какие-либо детали психического облика обследуемого. Например, отказ ребенка выполнять инструкции взрослых, трудности организации его внимания и привлечения к совместной деятельности; неадекватные эмоциональные реакции на происходящее и пр.

Далее более подробно следует охарактеризовать особенности развития эмоциональной и поведенческой сфер. Необходимо описать симптомы нарушений эмоционального развития, общения и социального взаимодействия с раннего возраста и по настоящее время: отсутствие комплекса оживления, привязанности к матери, интереса к общению с детьми и т.д. Затем следует описать симптомы стереотипной деятельности и поведения: моторные и сенсорные стереотипии, повторяющиеся действия с предметами, игры, занятия, ритуалы в образе жизни, приверженность к определенному режиму и др.; указать, если наблюдается, на чрезмерную поглощенность этими занятиями, сверхценный характер интересов.

В следующей части описания психического статуса нужно отметить другие нарушения, характерные для аутистического расстройства, прежде всего, в инстинктивной и аффективной сферах (снижение инстинкта самосохранения, стремление есть несъедобное, непереносимость многих блюд, гиперсензитивность, низкая психическая активность и быстрая пресыщаемость, агрессия и самоагрессия, страхи, их причудливость) и другие нарушения: например, вегетативных функций, неврозоподобные, психопатоподобные расстройства.

Следует отметить, при наличии, продуктивную симптоматику в состоянии ребенка (бред, галлюцинации, внезапный и резкий регресс приобретенных навыков), свидетельствующей о психотическом и процессуальном характере нарушения. В этих случаях не выясняется полная клиническая картина заболевания, а лишь то, что может послужить основанием для направления на стационарное обследование психиатрической клиники.

При отражении психических особенностей обследуемого желательно избегать квалификационной оценки выявленных нарушений, отдавая предпочтение описательным выражениям, констатации результатов выполнения заданий, тестов и т.п., поскольку не все из полученных данных можно трактовать однозначно ввиду известной субъективности самого психиатрического обследования. Целесообразно квалифицировать обнаруженные феномены по завершении описания психического статуса отдельно. Так их будет удобно использовать для обоснования клинического диагноза.

В итоге психиатрического заключения необходимо обобщить результаты обследования и установить диагноз нарушения. В тех случаях, когда поставить окончательный диагноз представляется невозможным, выносятся предварительный диагноз с указанием срока динамического наблюдения и даты повторного обследования с целью уточнения диагноза.

Заключение психиатра
Усман Р. 4 г.4 мес.

Внешне ребёнок выглядит соответственно возрасту.

Психический статус: в контакт вступает формально. Не поддерживает глазной контакт. Просьбы и инструкции игнорирует. Со слов мамы в домашних условиях при настойчивом требовании выполняет простые инструкции отца («Принеси», «Дай»). Во время приема бегаёт по комнате, берёт понравившиеся игрушки, иногда осуществляет с ними однообразные действия (крутит колесо машины, длительно раскручивает юлу, открывает и закрывает двери автобуса). Периодически подбегает к столу и выстраивает на нем в ряд машинки. К предложенным психологом методикам интереса не проявляет. В целом поведение можно расценить как полевое. Речь отсутствует. Иногда издает сочетания звуков со своеобразным интонированием. К совместной

деятельности не привлекается. Жесты для общения не использует. Со слов мамы навыки опрятности сформированы, но не закреплены. Себя не обслуживает (не ест ложкой, не может одеться). Продуктивной симптоматики не выявлено.

Изучение анамнеза (заполнены родительский опросник, диагностическая карта), выявляет специфические особенности в развитии с раннего возраста В грудном возрасте практически не требовал внимания («был спокойным ребенком, всё время спал, мало плакал, мог длительно лежать в манеже с открытыми глазами»), не было комплекса оживления, всегда был равнодушен к людям, подолгу мог смотреть на обои или лежать у включенного телевизора. Редко обращается за помощью, в основном все берет сам. При крайней необходимости подходит ко взрослому, берёт его за руку и тянет ее к тому, что нужно подать. В раннем возрасте всегда предпочитал играть один, не обращал внимания на других детей, но с ними бегать вместе или играть рядом. Относился к ним как к неодушевленному предмету: гладил по волосам, трогал глаза. Любит смотреть одни и те же мультфильмы (где быстрая смена кадров), рекламу (заморожено смотрит рекламу зубной пасты «Колгейт»), музыкальные клипы (предпочитает песни группы «ВИАГра», где красивые женщины, закрывает уши, когда поёт Ф.Киркоров, Д.Билан). Избирателен в еде (не употребляет молочные продукты, овощи и фрукты красного цвета-помидоры, красные яблоки и т.д). Незнакомую пищу обнюхивает. Брезгливый. Боятся громких звуков (фен, дрель). Мало реагирует на уход и приход близких (когда мама приходит с работы, подбегает к ней, но на неё не смотрит, берет её сумки и смотрит- купила ли мама ему что-нибудь). Любит, когда играют с ним в подвижные игры (тормошат, тискают).

Таким образом, учитывая анамнестические данные, данные неоднократного наблюдения за поведением ребенка в спонтанной и заданной деятельности особенности поведения ребенка можно квалифицировать как качественное нарушение социального взаимодействия, качественное нарушения общения и стереотипность поведения, интересов, что отвечает диагностическим критериям диагноза «детский аутизм».

Диагноз: Детский аутизм (F 84.0)

Диагноз детского аутизма устанавливают по данным *анамнеза* и по результатам наблюдения за ребенком в различных ситуациях и экспериментального обследования. В основе диагностики лежат критерии международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10 ВОЗ, 1992). Однако в условиях ПМПК также используются другие, более целесообразных для использования в системе специального образования нозологические определения для аутистических нарушений у детей, Эта систематизация нарушений, а также указания по постановке диагноза изложены в разделе «Оценка нарушений психического развития при аутизме. Медицинский и психолого-педагогический диагнозы детского аутизма».

Психологическое обследование

Психологическое обследование ребенка направлено на выявление особенностей и уровня психического развития ребенка, установление

характера и степени аутистического нарушения. Для достижения этой цели психологу необходимо:

- определить особенности и уровень развития сенсомоторной, эмоциональной, коммуникативной и познавательной сфер ребенка; ведущей деятельности, социально-личностного развития;

- выявить феномены и признаки аутистического развития, охарактеризовать способы и качество аутистической защиты, компенсаторной аутостимуляции и взаимодействия с окружающим миром;

- дать оценку психического развития, определить тип аутистического дизонтогенеза (группы аутизма)

- определить потенциальные возможности ребенка, адекватных мер коррекционной помощи.

- разработать рекомендации для родителей, специалистов, оказывающих коррекционную помощь ребенку.

Психологическое обследование аутичного ребенка является ведущим в комплексном обследовании в ПМПК; тактика его проведения изложена в разделе 2.1. «Организация диагностического обследования в ПМПК»

Основными методами психолого-педагогического обследования является беседа (опрос) с матерью ребенка, наблюдение и экспериментальное исследование психологического статуса ребенка. Беседа с матерью проводится с целью получения информации о развитии ребенка с рождения и до настоящего времени. Для обеспечения полноты и систематичности сбора информации рекомендуется использование диагностических карт (Приложение 4).

Наблюдение за ребенком осуществляется в течение всего периода обследования по специальной схеме (см. Приложение 3) в соответствии с которой, психолог должен выделить определенные моменты, характеризующие особенности аутистического развития ребенка.

Экспериментальное исследование проводится в виде констатирующего и обучающего экспериментов. В процессе обследования используются необходимые меры помощи: стимулирующая, организующая, направляющая и обучающая.

Исследование различных сторон психического развития (сенсомоторной, познавательной, коммуникативной и эмоционально-личностной сфер) проводится, если установлен продуктивный контакт с ребенком, с использованием традиционных методик экспериментально-психологического обследования детей разного возраста (см. «Диагностика психического развития детей в раннем возрасте», Алматы

2000; «Психолого-медико-педагогическое обследование детей дошкольного и младшего школьного возраста», Алматы 2000).

При диагностике отклонений психического развития у аутичного ребенка, психолог, учитывая результаты медицинского обследования, должен руководствоваться психологическими критериями. Психологическая диагностика должна основываться не только и не столько на выделении тех или иных симптомов, феноменов аутизма и количественных показателях развития ребенка (на сколько отстает). Главным образом, необходимо установить посредством качественного анализа иерархию аутистического нарушения: первичную недостаточность аффективной и коммуникативной сферы и вторичные нарушения речевого, умственного и личностного развития. Важно понять аффективный смысл поведения аутичного ребенка, т.е. то, что позволяет понять, на каком уровне, с помощью каких аффективных механизмов ребенок строит свое взаимодействие с миром.

Оценка психического развития аутичного ребенка происходит по общим критериям оценки детского развития, а также специальным диагностическим критериям детского аутизма. Характеристика и оценка всех сторон психического развития, поведения аутичного ребенка осуществляется в рамках психологической классификации О.С.Никольской. Выявление критериев детского аутизма происходит по схеме, предложенной в диагностических картах (приложение 4), однако при обобщении результатов психологического обследования необходимо определить и дать характеристику самым важным и основным критериям аутистического развития у детей.

Основные психологические критерии детского аутизма

1. Качественные нарушения общения и социального взаимодействия:
 - раннее проявление
 - стойкость и тотальность
 - аутистические способы защиты, средства общения и взаимодействия
2. Стереотипные формы деятельности и поведения.

Формы стереотипий:

 - полевое поведение
 - сенсорные и моторные стереотипии
 - стереотипные действия, игры, интересы, занятия
 - стереотипность образа жизни

Функции стереотипной деятельности: какие именно стереотипии используются для:

 - аутостимуляции

- снятия напряжения, тревоги, страхов
- установления контроля над происходящим в окружении.

3. Асинхронность психического развития. Асинхронность развития характеризуется одновременным сочетанием проявлений задержанного, нормального, ускоренного и атипичного развития отдельных психических функций, при более выраженных нарушениях эмоционально-коммуникативного развития, что приводит к искажению всего психического развития.

Далее следует установить тип аутистического дизонтогенеза или группу детского аутизма по классификации Никольской О.С. Для этого используется карта критериев каждой группы аутизма (приложение 5). На основе анализа полученных данных определяется, к какой из четырех групп детского аутизма можно отнести ребенка.

В итоге диагностической работы психолог проводит анализ анамнестических данных результатов наблюдения и экспериментального исследования, проверяя диагностическую гипотезу. После обсуждения результатов обследования с другими специалистами консультации и определения окончательного мнения о характере нарушения у ребенка, психолог составляет психологическое заключение, в котором описывается ведущий психологический синдром нарушения - аутистический. Заключение составляется по общепринятой форме с внесением дополнительных положений, отражающих специфику аутистического синдрома (Приложение 6).

В самом начале заключения следует более подробно описать особенности коммуникаций ребенка во время обследования: сразу или постепенно, осторожно он вступает в контакт или полностью отказывается от него; может ли дозировано, ограниченно поддерживать продуктивный контакт; какие виды и средства общения при этом используются ребенком (глазной, тактильный, игровой, вербальный контакты и т.д.). Проявляет ли он интерес к предлагаемым заданиям и как стойко этот интерес удерживается, понимает ли смысл исследования, критически ли относится к результатам своей деятельности, как реагирует на успех или неудачу. Необходимо отметить характер эмоциональных реакций, их адекватность ситуации обследования, особенности эмоционального фона и поведения (полевое поведение, моторные и другие стереотипные действия, повышенная отвлекаемость, тревожность, напряжение, страхи, агрессия и др.).

Следующая часть заключения должна содержать описание спонтанной деятельности ребенка и в ходе проведения эксперимента. Здесь отмечаются особенности действий ребенка с предметами,

игрушками, способность принимать помощь взрослого деятельности и повторять за ним и т.д. Если возможно проведение экспериментального обследования излагаются сведения о характере познавательной деятельности ребенка: способы и качество выполнения предложенных заданий, уровень развития психических функций.

Далее нужно дать описание центрального, ведущего нарушения, которое выявилось у ребенка в ходе исследования. Требуется показать также, в комплексе каких нарушений выступает это ведущее нарушение, т.е. следует вести описание не по методикам исследования и не по психическим процессам, а по описанию психологического синдрома (в данном случае аутистического). Необходимо описать основные признаки аутизма: нарушения общения, взаимодействия и стереотипные формы поведения и деятельности; показать их длительность, стойкость и роль в социальной дезадаптации ребенка. Важно указать в какой форме проявляется аутизм, какие способы защиты и компенсаторной аутоstimуляции использует ребенок, как проявляется асинхронность в психическом развитии. В описание психического статуса могут быть включены из протоколов исследования наиболее яркие примеры, подтверждающие квалификацию нарушения. В этой же части заключения отмечаются сохраненные стороны психической деятельности ребенка.

В конце заключения делается резюме, отражающее наиболее важные данные исследования: - структуру основного психологического синдрома. Резюме может содержать данные о диагнозе нарушения, но опосредованно с указанием группы детского аутизма по классификации Никольской О.С.

В тех случаях, когда в психологическом и общем заключении ПМПК необходимо указать на специфическую задержку психического развития у аутичного ребенка после трех лет, при которой отмечаются диспропорциональные проявления задержанного, опережающего и нормального развития, в качестве психологического диагноза выносятся «Асинхронное психическое развитие».

Олег Т. 4г.4м.

Раннее развитие (анамнестические сведения)

С рождения и до 3-х мес. был беспокойным, возбудимым, плаксивым. После 3 мес. стал спокойнее, не требовал к себе внимания, не просился активно на руки, его можно было оставить одного на продолжительное время. Не любил засыпать на руках, только в своей кровати.

С 4-5 мес. любил смотреть мультфильмы, причем одни и те же и замороженным взглядом. Другие мультфильмы могли вызвать реакцию панического страха. Так с 4 мес. и до настоящего времени панически боится смотреть мультфильм «Ну, погоди!»

До 6 мес. психическое развитие ребенка и поведение в целом не вызывало беспокойств. После прививки (АКДС) в 6 мес. у ребенка в течении года держалась субфебрильная температура и постепенно нарастать отрешенность и эмоциональное равнодушие к

окружающим. Не выделял мать, не различал чужих и своих. Внезапно и без обучения пошел в 11 месяцев и сразу начал бегать. Был двигательльно беспокойным, всюду лазил, залезал на столы, пролезал в различные отверстия. Мог убежать в открытую дверь на улицу, проезжую часть, не понимая опасности. В течении полугода ходил на цыпочках. В 12 мес. произнес первые слова, но произносил их как бы для себя, не использовал их для общения.

После года родителей стало беспокоить, что ребенок никак не реагирует на окружающих, не откликается на свое имя («был как болванчик»), не стремится к общению, часами играет с одним и тем же предметом или наблюдает за их движениями. Любая попытка вступить в эмоциональный контакт, привлечь к предметному взаимодействию вызывало резкую реакцию протеста: крик, плач, активное сопротивление. В 3 года отдали в детский сад, оставался спокойно, но после двух дней посещения в садике было отказано из-за особенностей поведения (не выполнял требований воспитателей). После 3-х лет появилась положительная динамика в развитии ребенка: стал обращаться за помощью к взрослым, выполнять просьбы, подчиняться требованиям взрослых (не всегда). С 2-х лет играет на компьютере. Появились проявления привязанности к родителям: радуется их приходу, может иногда может подойти, обнять мать, прижаться к ней, залезть на колени. Но инициативу всегда проявляет сам, переносит лишь «малые» дозы прикосновений, поглаживаний, поцелуев. С детьми не играет, безразличен к ним, но в последнее время стал проявлять интерес к ним, играет в подвижные игры (бегает за детьми).

Первый прием

В комнату вошел спокойно, сразу отходит от близких, свободно передвигаясь по всей комнате. Безразличен к окружающим, не реагирует на имя, обращенную речь. Избегает тактильного и зрительного контакта, отмечают взгляд «сквозь», несколько отрешенное выражение лица. Принимает предлагаемые игрушки, но не смотрит целенаправленно, а периферическим зрением. Отмечены периодические стереотипные встряхивания кистями рук, особенно, когда психолог приближается к ребенку, находится рядом или пытается привлечь к выполнению заданий.

В спонтанной деятельности ребенок берет попавшие в поле зрения игрушки, предметы, кратковременно рассматривает и переключает их на стол. берет попавшие в поле зрения игрушки, предметы, кратковременно рассматривает и переключает их на стол. Может использовать некоторые из них по назначению (катает машину, кидает мяч), но быстро пресыщается и переключается на следующий попавший в поле зрения предмет. Игрушки на столе выстраивает в ряды; попытки убрать игрушки со стола вызывают реакцию протеста: ребенок начинает кричать, плакать, ложится на пол. На замечания «нельзя» не реагирует. Демонстрация взрослым способов деятельности с предметами не провоцирует попыток (в том числе отставленных) повторить их. Намерение привлечь к целенаправленной деятельности – строительству башни, складыванию пирамиды, сортеров, к играм «Кормление куек», «Катание игрушек на грузовичке», вызывает стойкий отказ, отставленного выполнения действий не наблюдалось.

Второй прием

При сохранении прежних особенностей поведения и отношения к окружающим отмечаются проявления коммуникативной активности ребенка. Не всегда, но реагирует на обращенную речь, выполняет некоторые просьбы, принимает и выполняет задания. Значительно сокращает дистанцию между собой и взрослым, позволяет сидеть рядом, допускает тактильный контакт и сам его иницирует: притрагивается, берет за руку, ведет к полке с игрушками, тянет руку взрослого к игрушке, пытается залезть на руки. Использует для общения инструментальные жесты, хотя в механической форме, означающие: «достань игрушку», «возьми на руки», «замолчи». Лицо более оживленное, достаточно выразительна реакция удовольствия: улыбка, оживленный взгляд. Сохраняются, но значительно реже проявляются двигательные стереотипы (встряхивания кистями рук при столкновении с незнакомым); часто гримасничает, высовывает язык. Характерна повышенная пресыщаемость и утомляемость: часто не завершает начатые действия, периодически ложится на пол, полностью игнорируя окружающих.

Целенаправленно выполняет те задания, которые соответствуют его интересам или выполнение которых очевидно и доступно. Методики «Доски Сегена» (в-1) и «Почтовый ящик» сложил способом зрительного соотнесения в быстром темпе.

Попытки привлечения к выполнению и обучения другим заданиям вызывают пассивный отказ (уходы). Также игнорирует деятельность взрослого по организации процессуальной игры («кормление кукол», катание машины»).

По собственной инициативе произвел несколько имитационных действий: «чистит зубы», «бреется» перед зеркалом, стреляет из автомата, сопровождая соответствующим звукоподражанием».

Отмечен эпизод кратковременного вовлечения в совместную деятельность со взрослым (катит мячик по желобу – взрослый ловит). Чаще всего ребенок просто позволяет находиться взрослому рядом с ним, использует его для достижения своих целей, принимает те задания, которые его заинтересовали, позитивно относится к эмоциональной поддержке. Но как только взрослый предлагает то, что незнакомо, пугает, не нравится ребенку, все его попытки вовлечь в деятельность – безуспешны.

Внешне никак не отреагировал на исчезновение матери и бабушки (тест «Незнакомая ситуация») и на их появление. Хотя после разлуки ребенок старается находиться рядом с ними, оглядывается на них, подходит к бабушке, дотрагивается до нее, усиливается речевая активность, стал произносить цифры (отставленное выполнение просьбы бабушки), как бы привлекая ее внимание и одобрение.

Выводы: На основании анамнестических данных о развитии ребенка, результатов наблюдения и экспериментального обследования выявляется картина отклоняющегося (аутистического) развития. В качестве первичных выявляются нарушения общения и взаимодействия с окружающими, которые обнаружены еще в младенческом возрасте и носят стойкий и постоянный характер. Нарушения взаимодействия наблюдаются при контактах с близкими, незнакомыми людьми и со сверстниками в виде безразличного отношения к окружающим, игнорирования всех видов обращенной и значительно сниженной собственной коммуникативной активности (мимики, жестов, речи), слабой эмоциональной привязанности к близким. Врожденные (не психогенные) трудности установления социально ожидаемых форм коммуникации актуализируют у ребенка такие способы компенсаторной защиты как: реакция ухода от направленных на него воздействий и активного избегания и сопротивления воздействию, с использованием пассивной аутистимуляции и стереотипных действий.

Вследствие недостаточности общения и реализации преимущественно защитных, аутистимулирующих видов деятельности у ребенка наблюдается неравномерное и асинхронное развитие, в котором можно обнаружить запаздывание, искажение или опережение в формировании психических функций.

Опережающее развитие проявляется в необычно развитой зрительной памяти, позволяющей уже с 2-х лет знать цифры, некоторые буквы, безошибочно находить нужную видеокассету, диски, играть в компьютерные игры, хорошо ориентироваться в пространстве дома и на улице, управлять бытовой техникой.

Задержанное развитие обнаруживается в замедленном формировании социально-бытовых навыков (опрятности, самообслуживания, норм поведения), речи, памяти, внимания, мышления, предметной и игровой деятельности.

Искаженное развитие проявляется в: ограниченной способности понимать и выражать эмоции, устанавливать социально-эмоциональное взаимодействие, используя общепринятые средства общения, нарушениях коммуникативной функции речи (ребенок не использует ее для общения), отсутствии социальных игр. Искажению в развитии способствуют различные психопатологические проявления: снижение инстинкта самосохранения, страхи, приверженность к ритуалам и постоянству окружающей среды.

Следует отметить постулатальное развитие ребенка, спонтанный переход от полной отрешенности, к избирательной активности в исследовании окружающего, контактах с окружающими, в том числе с детьми (после 3-х лет). Появились инструментальные жесты, ребенок избирательно реагирует на речь, выполняет просьбы, проявляет привязанность к

близким. Расширился арсенал стереотипных действий, появились имитационные и предметные действия, речь, определенные социальные знания (цифры) и навыки (опрятности и самообслуживание). Необходимо отметить активные воспитательские усилия со стороны близких, особенно бабушки.

Таким образом, особенности психического развития ребенка можно квалифицировать как асинхронное психическое развитие, соответствующее картине детского аутизма (1-2 группа по классификации О.Никольской).

Логопедическое обследование

Содержание и процедура логопедического обследования аутичного ребенка во многом зависит от возможности установления с ним вербального контакта. Чаще всего традиционное логопедическое обследование удастся провести с детьми второй (частично) и третьей, четвертой групп. В случаях, когда установление продуктивного контакта с ребенком невозможно в силу его особенностей, логопед проводит оценку речевого развития на основании данных полученных из беседы с родителями и результатов психологического обследования.

В связи с особенностями поведения аутичного ребенка логопедическое обследование целесообразно проводить после психологического или параллельно с ним. Начинать следует с наблюдения за спонтанной деятельностью ребенка, фиксируя степень и характер его речевой активности, особенности речевой продукции. Постепенно, по мере привыкания ребенка к логопеду и с постепенным развитием отношений с ним, можно провести логопедическое обследование с использованием обычных логопедических заданий. Выбор методов и методик исследования определяется хронологическим возрастом ребенка, особенностями его аффективного поведения и коммуникации, возможностями вербального контакта и уровнем речевого развития.

Логопедическое обследование должно быть направлено на:

- выяснение особенностей доречевого и раннего речевого развития.
- выявление специфических особенностей речевого развития аутичного ребенка.
- определение уровня развития всех компонентов речи: фонетико-фонематической, лексико-грамматической, фразовой и связной речи, а также письменной.

Для выявления особенностей, уровня речевого развития и специфических особенностей речи аутичных детей предлагается использование логопедической диагностической карты (приложение 7).

Оценка специфики речевого развития происходит в рамках психологической классификации О.С.Никольской. В соответствии с нею выделяется четыре варианта специфического речевого развития у аутичных детей.

1 группа детей с аутизмом.

1. Мутизм (отсутствие речи вследствие отсутствия мотивации к речевому общению).
2. Эпизодическое произнесение слов и фраз для удовлетворения своих нужд
3. Редкие слова, отставленные эхолалии без коммуникативной направленности (использование в качестве средств аутостимуляции).
4. Отсутствие реакции на обращенную речь, игнорирование словесных просьб, инструкций;
5. Понимание не обращенной лично к нему речи, если в этом заинтересован;
6. Разнообразные вокализации, звукосочетания, причмокивание бормотание, щебет, свист, скрип, часто звуковысотное интонирование.,
7. Возможно развитие внутренней и письменной речи без специального обучения.

2 группа детей с аутизмом.

1. Раннее или своевременное появление первых слов (необычных), отдельных фраз; Отсутствие или снижение коммуникативной направленности речи, использование речи как средства аутостимуляции: стереотипное воспроизведение одних и тех же стихов, аффективно насыщенных слов и словосочетаний, отдельных выразительных фраз.
2. Трудности активного и гибкого использования речевых средств:
 - эхолалии: непосредственные, отставленные
 - речевые стереотипии и штампы;
 - неправильное использование личных местоимений;
 - неумение поддерживать диалог;
 - неумение связно излагать свои суждения
 - трудности понимания контекстной речи
3. Нарушение просодики речи. Напряженная, скандированная, со своеобразным интонированием речь.
4. Проявления языковой одаренности, неологизмы, словотворчество.

3 группа детей с аутизмом

1. Раннее и высокое речевое развитие. Богатая, развернутая речь. Большой словарный запас, сложные фразы.
2. Слишком взрослая «книжная» речь; много штампов, оборотов, цитат в малоизмененной форме.
3. Монологическая речь, диалогическая - значительно страдает. (может ответить на отдельный вопрос, но с ним трудно невозможно поддерживать диалог).
4. Трудно выразить свои чувства, нужды, сформулировать намерения, сообщить впечатления.
5. Неразборчивая, монотонная, без интонационных пауз речь. Говорит быстро, захлебываясь, глотая звуки и части слов.

4 группа детей с аутизмом.

1. Замедленное восприятие обращенной речи. (плохо понимает развернутую инструкцию).
2. Трудности активного и гибкого использования речи в процессе общения
3. Трудности понимания контекстной речи.
4. Речь смазанная, с нарушениями звукопроизношения, лексически бедная и грамматичная.

Оценка речевого развития аутичного ребенка происходит в рамках общепринятых клинической и педагогической классификации речевых расстройств, а также психолого-педагогической систематизации речевых нарушений, используемой в условиях ПМПК. Эта систематизация включает в себя такие речевые заключения (диагнозы) для оценки речевого развития при детском аутизме как, «Задержка речевого развития, обусловленная коммуникативными нарушениями» и «Специфическое развитие речи, обусловленное коммуникативными нарушениями». Необходимость использования таких заключений обусловлена спецификой речевого развития аутичных детей. Речевое развитие этих детей не всегда укладывается в картину общего недоразвития речи того или иного уровня в силу асинхронности, неравномерности и диссоциированности формирования компонентов речи. Так у ребенка-аутиста одновременно может одновременно отмечаться нормативное звукопроизношение, высокий словарный запас и грубые нарушения грамматического строя, несформированность связной речи. Многосложные слова из книжных текстов могут произноситься легко и чисто в автономной речи, а простейшие фразы и слова бытового

обихода в диалогической - смазано, с нарушениями звуко-слоговой структуры. Ребенок может вообще не пользоваться устной речью, но умеет читать или писать. Такие особенности речевого развития аутичных детей, по нашему мнению, могут быть наиболее адекватно отражены в вышеуказанных дефинициях (определениях) психолого-педагогической систематизации. Заключение «Задержка или Специфическое развитие речи, обусловленное коммуникативными нарушениями» в той или иной мере отражает своеобразие речевого развития этой категории детей. Этим диагнозы желательно дополнить оценкой уровня речевого недоразвития, если возможна его адекватная оценка.

Предлагаем краткие описания этих логопедических диагнозов (полное описание в кн. «Диагностика нарушений психофизического развития у детей. ч.3. Клиническая и психолого-педагогическая классификации речевых нарушений. Алматы 2010.)

Задержка речевого развития, обусловленная коммуникативными нарушениями диагностируется у детей с аутизмом, другими нарушениями эмоционального развития в возрасте от 1 до 3-х лет. Задержка речевого развития связана со сниженной потребностью в общении, неспособностью к адекватному социальному взаимодействию. В связи с этим у детей не развивается коммуникативная функция речи; речь не используется в качестве средства общения, что приводит к задержке развития речи. Задержка речевого развития у детей с аутизмом может проявляться в отсутствии речи (мутизме), нарушенном, своеобразном, асинхронном формировании отдельных сторон речевого развития.

На первом году жизни у этих детей может отмечаться запаздывание или отсутствие фаз гуления, лепета. Для вокализаций характерно отсутствие интонационной выразительности и обращенности к взрослому. Отмечается запаздывание или опережение появления первых слов, фраз; их необращенность к человеку, необычность, малоупотребимость. Реакция на обращенную речь слабая или вовсе отсутствует. Нередко отмечается своевременное появление первых слов, а затем к 1,5-2 годам наблюдается регресс речи, особенно при наличии факторов его провоцирующих.

В зависимости от характера аутистического расстройства отклонения в речевом развитии аутичных детей могут обнаруживаться в различной степени и разных проявлениях. У одних детей отмечается мутизм (отсутствие речи вследствие отсутствия мотивации к речевому общению). Некоторые из них могут иногда произнести слова и даже

фразы на фоне эмоционального возбуждения, но чаще всего в виде эхολалии и штампа без коммуникативной направленности. Нередко вместо речи у этой группы детей можно наблюдать разнообразные вокализации, звуко сочетания (причмокивание бормотание, щебет, свист, скрип, часто звуковысотное интонирование). Обычно дети-аутисты не реагируют на обращенную речь, не выполняют словесных просьб, хотя нередко проявляют понимание речи, если в этом заинтересованы. Асинхронность в речевом развитии может обнаруживаться в раннем и самостоятельном (никто специально не учил) усвоении алфавита или чтения.

У других детей с аутизмом отмечается раннее или своевременное появление первых слов (необычных), отдельных фраз, но речь чаще используется как средство ауто стимуляции, а не общения. Характерны палилалии – постоянное повторения слов и предложений, часто не имеющих никакого значения; эхολалии, отставленные эхολалии; цитаты, комментирующие, аффективные фразы; игра фонематически сложными, аффективно насыщенными словами. Могут отмечаться проявления языковой одаренности, неологизмы, словотворчество. Речь своеобразная, она напряженная, скандированная, с интонированием, вычурной интонацией, повышением высоты голоса к концу фразы.

Аутичные дети затрудняются в активном и гибком использовании речевых средств в контексте различных социальных ситуаций. Они не могут инициировать и поддерживать диалог, правильно использовать личные местоимения и другие грамматические средства в зависимости от контекста ситуации, связно излагать свои суждения. Даже при сформированной фразовой речи, отмечается асинхронное речевое развитие: наряду с образцами грамматически правильно оформленной связной речи и демонстрацией хорошего словарного запаса отмечаются использование лепетных слов, звукоподражаний, автономной речи, грубые аграмматизмы.

Специфической особенностью речевого развития аутичных детей является разница развернутости речи, внятности произношения в спонтанной и заданной деятельности (для себя ребенок говорит значительно лучше, чем в ситуации общения с другим человеком).

Заключение на ребенка. Алина Л. 2г.6м.

На обращенную речь не реагирует, на имя не откликается, но на звуки, даже тихие, реагирует. Слушает музыку, любит извлекать звуки из разных предметов (перебирает решетку прибора отопления, скребет пальцем по спинке стула).

Речь отсутствует. Со слов мамы девочка однажды невнятно сказала слово «отдай» и в другой раз «пойдем». До 1,5 лет были слова (мама, папа, дай, пить), потом говорить перестала. Отмечается постоянная однообразная, маловыразительная лепетная активность (мы-мы-мы, ты-

ты-ты) и причмокивание губами. Голос маломодулированный со звуковысотным интонированием. Не использует вокализаций, жестов, мимику для взаимодействия и общения с окружающими.

Заключение. Задержка речевого развития, обусловленная коммуникативными нарушениями.

Специфическое развитие речи, обусловленное коммуникативными нарушениями – диагностируется у детей с 3-х лет, специфика речевого развития которых, обусловлена нарушением коммуникативной функции речи. Такое отклоняющееся речевое развитие, как правило, характерно для детей с аутизмом, а также с другими психическими нарушениями.

Основной специфической особенностью речи детей-аутистов является отсутствие или недостаточность ее коммуникативной функции. Может отмечаться достаточное и даже высокое развитие речи (хороший словарный запас, сформированность грамматического строя и т.д.), но при этом она лишена коммуникативной направленности, не используется для общения с окружающими и потому приобретает специфический характер.

Отмечается слабость или отсутствие реакции на речь взрослого, фиксации взгляда на говорящем. Выявляется диссоциация между отсутствием реакции на слово и гиперсензитивность к невербальным звукам, между «непониманием» простых бытовых инструкций и пониманием разговора, не обращенного к ребенку или сложных книжных текстов.

У аутичных детей могут нарушаться все стороны речевого развития (фонетико-фонематическая, лексико-грамматическая), связная речь, но при этом наблюдаются специфические феномены и особенности, типичные для этих детей и нехарактерные для детской речи. К ним относятся:

- полный или избирательный мутизм: отсутствие речи при сохранной способности воспринимать и артикулировать звуки речи или пользование речью в отдельных ситуациях, если ребенку это необходимо для удовлетворения своих потребностей;

- автономность речи; монологи и аутодиалоги;

- эхоталии (непосредственные, чаще отставленные);

-механичность, фонографичность речи, использование слов-штампов, фраз-штампов;

- регресс речи в процессе онтогенеза;

- отсутствие речи о себе в первом лице, неправильное употребление других личных местоимений.

- разница развернутости речи, внятности произношения в спонтанной и заданной деятельности.

- своеобразное интонирование, повышение голоса, вычурность интонации, игра звуками, фонетически сложными, аффективно насыщенными словами;

Заключение логопеда. Саид.А , 5 лет 1 мес.

Артикуляционный аппарат: строение – без особенностей, подвижность исследовать не удалось из-за поведенческих особенностей ребенка. Звукопроизношение: л- губное, р- заменяет на «й»). Может нарушать слоговую структуру слов.

Отмечается своеобразное и асинхронное развитие речи. Словарный запас в рамках бытового обихода ниже возрастной нормы. Называет по картинкам отдельные предметы, действия. При этом знает название товаров почти всего ассортимента супермаркетов (различных сортов стирального порошка, зубной пасты и пр.). Называет различные музыкальные группы и исполнителей на английском языке. Может пересказать (дословно по тексту) сказку, рассказ.

В ходе обследования на вопросы отвечает элементарной аграмматичной фразой: «Девочка стульчик сидит.» (Девочка сидит на стульчике). Часто при ответах на вопрос: «Что делает?») - линейно выстраивает фразу из синонимов – глаголов и в конце фразы добавляет слово «дя» («Мальчик кататься, сидеть, лежать на палочка, дя» - Мальчик катается, сидит, лежит на санках.). Глаголы использует в инфинитиве («Дать», «гулять»). О себе говорит в 3-м лице, называя себя по имени.

Собственная речь не имеет коммуникативной направленности. Речью пользуется, когда хочет что-либо получить от окружающих. Не может поддержать даже простого диалога («Как тебя зовут?», «С кем ты сюда пришел? На эти вопросы отвечает эхολалией. Заученные тексты, которые нравятся (любимые сказки) рассказывает грамматически правильно и интонационно выразительно (Сказка «Репка»). На вопросы по тексту не отвечает (эхолалии). Уровень понимания речи определить затруднительно.

Заключение: Специфическое развитие речи, обусловленное коммуникативными нарушениями. Общее недоразвитие речи 2 уровня.

Педагогическое обследование

В содержании педагогического обследования в ПМПК входит: исследование запаса общих знаний и представлений об окружающем, усвоения социально-бытовых навыков и общепринятых норм поведения, определения уровня сформированности ведущей деятельности и усвоения программ дошкольных и школьных организаций образования. Обычное проведение педагогического обследования аутичного ребенка первой и второй групп крайне затруднительно в силу его поведенческих особенностей. В этих случаях педагог-дефектолог ПМПК использует данные, полученные из беседы с родителями, характеристик воспитателей и педагогов организаций образования и наблюдения за ребенком.

Педагогическая оценка проблем воспитания и обучения аутичного ребенка должна отражать специфику его развития. Она обнаруживается чаще всего в неравномерности и асинхронности процесса

формировании знаний, умений и навыков, проявляющихся в несвойственной для детского развития последовательности их усвоения. Особенно ярко проявляется диспропорция формирования знаний и навыков в различении цветов, форм, знаков (букв, цифр), схем и социальных, речевых, бытовых навыков. Так, у 2-3-х летних аутичных малышей может отмечаться хорошее знание геометрических форм, цветов, букв или цифр, быстрое усвоение навыков пользования компьютером, сотовым телефоном и в тоже время дети могут до сих пор ходить под себя, не пользоваться ложкой при еде, не говорить. Ребенок может произнести сложные фразы, цитируя их из разных источников, воспроизводить наизусть большое количество стихов, но не может ответить на простые вопросы социального характера: «Как тебя зовут?» «Сколько тебе лет?» или передать смысл простой сказки. Даже дети третьей группы с высоким уровнем умственного и речевого развития демонстрируют беспомощность в элементарном быту, незрелость социальных представлений, трудности усвоения и адекватного выполнения общепринятых норм и правил поведения в межличностных и социальных отношениях.

Наряду с высоким или опережающим формированием знаний в отдельных областях (истории, литературе, биологии, шахматах и пр.) необходимо отметить формальное усвоение знаний, умений, навыков аутичными детьми, использование их только в известной ситуации.

Далее следует дать характеристику ведущей деятельности (предметной, игровой, учебной, общения) и анализ ее нарушений. Исследование предметной и игровой деятельности проводится в процессе наблюдения за спонтанной игрой ребенка и в условиях экспериментальной демонстрационно обучающей игры. Начинать исследование целесообразно с наблюдения самостоятельной деятельности ребенка, фиксируя активность, адекватность, разнообразие его предметных, игровых действий. В случае, если ребенок не разворачивает деятельности с игрушками, взрослый самостоятельно разворачивает игру, постепенно и осторожно подключая и предлагая игрушки и способы действий с ними. При этом необходимо исследовать: способность организовать собственную игру, возможность и способность ребенка подражать взрослому способам действия с игрушками; возможность участия ребенка в совместной игре с взрослым.

Характеристику и оценку предметной и игровой деятельности рекомендуется проводить по следующим параметрам:

- отсутствие или снижение интереса к предметным действиям и

игре, а также потребность в ней;

- несоответствие развития предметной и игровой деятельности возрасту

- неадекватность предметных и игровых действий; бедность, стереотипность, однообразие действий;

- наличие других видов деятельности, замещающих ведущую: слушание книг, музыки, просмотр мультфильмов, рисование, конструирование, лепка и др; сверхувлеченность и поглощенность ими

- нарушение эмоциональных реакций (неадекватность эмоциональных проявлений игровой ситуации).

Для аутичных детей с раннего возраста характерно отсутствие интереса к функциональному значению предмета, игнорирование игрушки. Дети рассматривают новые игрушки без какого-либо стремления к манипуляции с ними, либо манипулируют избирательно, только одной. Наибольшее удовольствие получают при манипулировании с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект (тактильный, зрительный, обонятельный). Эти действия стереотипно воспроизводятся в неизменной форме помногу раз.

У детей 2-3 групп могут появляться отдельные предметные и процессуально-игровые действия. Они обычно воспроизводятся фрагментарно, стереотипно и формально; ребенок не испытывает интереса и желания к воспроизведению социальных действий людей.

Сюжетная и сюжетно-ролевая игра, как правило, самостоятельно и полноценно не развиваются. В сюжетной игре отмечаются сохраняющиеся длительное время стереотипные, однообразные предметные и игровые действия с одной игрушкой или неигровыми предметами без социальной и коммуникативной направленности и логического развертывания и завершения ее сюжета, иногда с парадоксальным использованием предметов-заместителей (ботинок - живое существо, которое кормят). Ролевая игра у таких детей некоммуникативная, дети играют в одиночку, в обособленном месте. Присутствие других детей игнорируется, в редких случаях ребенок может продемонстрировать результаты своей игры. Аутичный ребенок может играть в ролевые игры, подражая действиям персонажей мультфильмов, книг и т.д. Но подражание носит формальный характер, ребенок механически точно воспроизводит отдельные действия, манеры, слова героев, но не способен к воплощению их социальной роли с выражением человеческих чувств и отношений. Могут встречаться игры-фантазии, когда ребенок перевоплощается в других людей, животных, предметы. Но такая ролевая игра неустойчива, может прерываться

беспорядочными действиями, импульсивной сменой роли, которая тоже не получает своего развития. Игра насыщена аутодиалогами (разговором с самим собой).

В спонтанной игре аутичный ребенок нередко застревает на одних и тех же сюжетах и большом количестве просто манипулятивных действий с предметами, но, испытывая потребность в такой игре, способен действовать целенаправленно и заинтересованно.

Особенности и нарушения формирования предметной и игровой деятельности аутичных детей, выявленные в ходе психолого-педагогического обследования оформляются в виде педагогических заключений: «Задержка формирования предметной деятельности, обусловленная коммуникативными нарушениями» для детей в возрасте от 1 до 3-х лет и «Нарушение формирования игровой деятельности», обусловленное коммуникативными нарушениями» для детей в возрасте после трех лет.

Заключение педагога

Олег.Т.2г. 10мес. Запас знаний и представлений неравномерный: при отсутствии социальных представлений о себе и окружающих, незнании названий многих предметов и явлений окружающего мира, ребенок уже знает цифры, некоторые буквы, играет в компьютерные игры. До сих пор не сформированы навыки опрятности (отпускает нужду только в памперсы, отказывается садится на горшок или унитаз). Общепринятые нормы поведения не усвоены и не выполняются. В последнее время можно добиться выполнения некоторых просьб взрослых.

Предметная и процессуально-игровая деятельность практически отсутствуют. Характерны стереотипные действия с предметами: подолгу крутит колеса машин, вкладывает и выкладывает в кабины мелкие предметы, выкладывает в ряды игрушки. В последнее время эпизодически можно наблюдать элементы предметных действий: катает машину, кидает мяч, стреляет из автомата, сопровождая соответствующим звукоподражанием. Попытки привлечь (научить) процессуальной игре безуспешны. Осуществляет некоторые имитационные действия: «чистит зубы», «бреется» перед зеркалом». С детьми не играет, безразличен к ним, но в последнее время стал проявлять интерес к ним, «играет» в подвижные игры (бегает за детьми).

Причинами низкого уровня социально-бытовой ориентировки, нарушений игровой деятельности являются нарушения общения и социального взаимодействия (аутизм).

Заключение. Задержка формирования предметной и игровой деятельности, обусловленная коммуникативными нарушениями.

Асылбек М. 4г.9мес. Отмечается неравномерное формирование запаса знаний и представлений об окружающем. Не называет цветов, геометрических форм, имени, адреса, имен родителей, но знает весь алфавит (русский, английский), читает по слогам несколько слов, может написать по памяти названия рок-групп на английском языке, в точности сохраняя графику и стиль печатного изображения. Не общается и не взаимодействует с людьми общепринятыми способами общения, но для удовлетворения своих потребностей может использовать речевые средства (в ограниченном виде). Общепринятые нормы поведения не усвоены и не выполняются, попытки добиться их выполнения вызывают стойкий отказ и сопротивление. В дет.саду пассивно подчинялся требованиям воспитателей.

В сюжетные и сюжетно-ролевые игры не играет. Не проявляет интереса к детям, не играет с ними. Предпочитает играть один. Имеются игры-фантазии: осуществляет отдельные действия с

животными, сопровождая речевыми комментариями. Любит музыку, имитирует действия музыкантов, издает вокализированные звукоподражания. Играет на игрушечных музыкальных инструментах (барабане, дудке). Во время обследования повторяет некоторые игровые действия взрослого, если это соответствует его желаниям и интересам.

Причинами низкого уровня социально-бытовой ориентировки, нарушений игровой деятельности являются собственные нарушения общения и социального взаимодействия (аутизм).

Заключение. Нарушение формирования игровой деятельности, обусловленное коммуникативными нарушениями.

Характеристика и оценка учебной деятельности осуществляется по схеме обычного педагогического обследования, но с более подробным описанием особенностей и трудностей воспитания и обучения аутичных детей по следующим параметрам:

- усвоение общего режима школьной жизни, правил поведения на уроке, произвольной организации учебной деятельности и поведения на уроке. Трудности и проблемы: повышенная утомляемость и пресыщаемость, трудности организации произвольного внимания и выполнение инструкций учителя, отвлекаемость и гиперактивность, неадекватные эмоциональные реакции и поведение и др.

2. Усвоение учебной программы по основным учебным предметам: письму, чтению, математике, истории и т.д. Трудности и проблемы: моторная неловкость, трудности понимания обращенной речи и построения собственных высказываний, формальное усвоение знаний и навыков, сниженная способность к гибкому использованию, логическому переносу на другие задания и др.

3. Усвоение способов общения и взаимодействия. Трудности и проблемы в формировании навыков общения и взаимодействия с учителями и сверстниками в различных сферах школьной жизни (на уроке, переменах и т.д.)

Следует выяснить, какие условия созданы для обучения аутичного ребенка в школе, как осуществляется индивидуальный подход и психологическое сопровождение ребенка, для того, чтобы в случае отсутствия этих условий рекомендовать их работникам организаций образования.

Особенности и нарушения формирования учебной деятельности аутичных детей, выявленные в ходе педагогического обследования оформляются в виде педагогических заключений: «Трудности формирования учебной деятельности, обусловленные коммуникативными нарушениями» для детей первого года обучения и «Нарушение формирования учебной деятельности», обусловленное коммуникативными нарушениями» для детей, начиная со второго класса школы; последнее выносится в тех случаях, когда усвоение учебной

программы в условиях класса оказалось невозможным из-за интеллектуальных и поведенческих нарушений ребенка.

Заключение педагога

Ахмет.В. 7л.9мес.В запасе знаний и представлений об окружающем отмечается диспропорция: ребенок обладает обширными знаниями о самолетах, их видах, устройстве), некоторых явлениях природы (о землетрясениях), но испытывает значительные затруднения в ответах на вопросы на социальные темы (не может сказать «Для чего нужно ходить в школу?», «Что нравится или не нравится в школе?»), в понимании смысла и морали простейших текстов.

Еще не полностью усвоены правила поведения в школе: может встать среди урока, ходить по классу, не всегда выполняет требований учителя. Для организации деятельности на уроке требуется индивидуальная (адресная) инструкция учителя, его организующая и направляющая помощь. При утомлении и пресыщении ложится на парту, перестает выполнять школьные задания, может игнорировать требования учителя. При напряжении и тревоге появляются и усиливаются моторные стереотипии (мнет, рвет в руках бумагу). С одноклассниками не общается; на переменах сидит в классе, избегает общения с ними. Проявляет интерес и симпатию к девочке, сидящей рядом с ней, но продуктивных отношений с ней установить затрудняется; лишь выполняет ее просьбы, дает все, что она попросит.

Усвоение программы 1 класса общеобразовательной школы неравномерное. Ребенок хорошо читает, считает в пределах 10, но затрудняется в усвоении навыка письма. Из-за моторной неловкости искажает начертание буквы, отмечается неровность нажима, разный размер и наклон букв. Не выделяет строку, клетку, пишет буквы и цифры беспорядочно, допускает много неточностей, не соединяет буквы в слова соединительными линиями, с трудом осваивает безотрывное письмо; не ставит в конце предложения точку, не ставит черточку, обозначающую перенос.

Отмечается формальное усвоение школьных знаний и навыков. Может наизусть выучить и пересказать тексты по чтению, предмету «Познание окружающего мира», но часто не понимает смысла выученного, не может ответить на вопросы по их содержанию или пересказать вкратце суть. Эмоциональное отношение к собственной результативности не всегда адекватное, ребенок в процессе деятельности реагирует только на успехи; при неудаче (особенно, если учитель сообщает о ней вслух) вызывает у него стойкий отказ от продолжения деятельности.

В течении двух четвертей школьного обучения отмечается положительная динамика в школьной адаптации. Усвоен в основном школьный режим, значительно уменьшилось количество срывов поведения, неадекватных реакций (крика, плача, стереотипий).

Заключение: Трудности формирования учебной деятельности, обусловленные коммуникативными нарушениями.

Оценка нарушений психического развития при аутизме. Медицинский и психолого-педагогический диагнозы детского аутизма.

Детский аутизм относится к психическим нарушениям, диагноз которого устанавливается врачом-психиатром. В отечественной системе здравоохранения существуют различные точки зрения на понимание этиопатогенеза детского аутизма и используются различные классификации (МКБ-10, DSM-4, классификация Российской академии медицинских наук и др.) этого Диагностика детского аутизма в центрах

психического здоровья направлена на выявление клинических феноменов с целью установления нозологического диагноза (психического заболевания) и оказания врачебной помощи.

Психолого-медико-педагогическая консультация является организацией образования, где конечной целью диагностика-консультативного приема служит не установление нозологического диагноза так такового, влекущего за собой оказание врачебной помощи, **а определение психолого-педагогических условий коррекции, обучения и воспитания для ребенка, максимально соответствующих возможностям и особенностям ребенка и способствующим его социальной реабилитации.** Другими словами постановка диагноза (заключения) ПМПК диктуется исключительно необходимостью проведения комплексных, и прежде всего психолого-педагогических реабилитационных мероприятий. Поэтому, в условиях ПМПК для идентификации различных проблем аутистического развития рекомендуется использовать иную систематизацию, в наибольшей степени отвечающей главной задаче заключения ПМПК (функционального диагноза): определение приоритетов в коррекционной работе, повышение точности и эффективности тех или иных воздействий на основе максимальной индивидуализации конкретных проблем ребенка и установления их иерархической структуры в каждом отдельном случае.

В предлагаемой систематизации аутистических нарушений используются диагностические критерии как медицинских, так и психолого-педагогических классификаций.

1. Детский аутизм (Синдром Каннера) - классический или типичный синдром детского аутизма. Для постановки этого диагноза специфические отклонения в развитии должны отмечаться у ребенка в первые три года жизни, но сам диагноз может быть установлен **после трех лет.** Следует отметить, что хотя в МКБ-10 указывается о возможности диагностики аутизма у детей во всех возрастных группах, однако, исходя из общеизвестного понятия о психическом дизонтогенезе, детский аутизм, наряду с умственной отсталостью, речевыми расстройствами, принято идентифицировать лишь к 3 годам, т.е. после завершения периода анатомо-физиологического созревания головного мозга.

Диагностические критерии детского аутизма (по МКБ-10)

1. Качественные нарушения социального взаимодействия:

а) неадекватная оценка социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей, и/или отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;

б) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт: взор, мимическое выражение, жестикуляцию;

в) неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками;

г) отсутствие общих интересов с другими людьми, социально-эмоциональной взаимности.

2. Качественные нарушения в общении:

а) отсутствие коммуникативного использования речевых навыков без попыток компенсировать этот недостаток использованием тональности и выразительности голоса, жестикуляции и мимики;

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития), недостаточная гибкость речевых выражений, повторяющаяся и стереотипная речь;

в) нарушений поведения в ролевых и социально-имитационных играх, низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении.

3. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения, интересы и активность:

а) стремление устанавливать жесткий раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни; особая привязанность к определенным предметам, действиям (ритуалам), интересам;

б) поглощенность, захваченность стереотипными и ограниченными действиями и интересами;

в) моторные стереотипии

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

В качестве дополнительных диагностических признаков **детского аутизма** также указывают определенные неспецифические проблемы: страхи, нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность, в том числе и самоагрессия (Приложение 1,4). Отмечается, что большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, гибкости, инициативности и творчества в организации досуга, в фантазиях и мышлении, а при принятии решений им трудно использовать общие понятия, несмотря на имеющиеся способности к этому.

Отмечают особую дефицитарность речевого развития: ее отсутствие при возможности говорить или своеобразие речи - эхолалии, метафорический язык, искаженное использование личных местоимений.

При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев (70%) отмечается умственная отсталость. Только 25% аутичных детей достигают показателей нижней

границы интеллектуальной нормы. Однако многие аутичные дети обладают хорошим интеллектуальным потенциалом, высокими способностями в какой-то области.

При детском аутизме отсутствует бред и галлюцинации. Важно установить, имела или имеет ли место аутистическая регрессия (утрата уже сформировавшихся психических функций, навыков). Детский аутизм может сочетаться с нарушениями зрения, слуха.

Клиническая симптоматика синдрома Каннера соответствует критериям первой группы детского аутизма психологической классификации Никольской О.С.

Существует мнение, что постановка диагноза «Детский аутизм», а не «Синдром Каннера» более адекватна и корректна в случаях отсутствия полной и отчетливой симптоматики, характерной для классического каннеровского синдрома. Постановка диагноза «Детский аутизм» рекомендуется использовать также в случаях, когда в развитии аутичного ребенка обнаруживаются симптомы 1 и 2 групп детского аутизма по классификации Никольской О.С.

Синдром Аспергера – характеризуется теми же качественными нарушениями общения, социального взаимодействия и стереотипными формами деятельности и интересами, но отсутствует задержка в речевом и умственном развитии. Большинство детей с этим синдромом имеют нормальный общий интеллект. Во внешнем виде обращает на себя отрешенное выражение лица, мимика застывшая, жестикуляция обеднена. Поведение этих детей часто определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает логики. Знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Чаще встречается у мальчиков (в соотношении 8:1). Отличительной особенностью этих детей является моторная неловкость, неуклюжесть. Коммуникативные функции речи ослаблены, а сама она необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу, в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечаются тенденция к словотворчеству, влечение к аутистическим играм и занятиям. Характерна привязанность к дому, а не к близким. Отмечается стойкое сохранение аутистических особенностей в подростковом и зрелом возрасте, не подверженных влияниям среды, что позволяет относить синдром к аутистической психопатии или конституциональной патологии характера аутистического типа.

Аутистический синдром (аутистическиподобный) синдром – при наличии аутистических проявлений в качестве сопутствующих в рамках

другого основного заболевания. Аутистические или аутистическиподобные нарушения могут отмечаться при:

- органических заболеваниях мозга: эпилепсии, умственной отсталости, рубцеобразной энцефалопатии, инфекциях (врожденных токсоплазмозе, сифилисе) и другой резидуальной недостаточности нервной системы;

- хромосомных аномалиях, генетических синдромах и врожденных обменных нарушениях: ломкая ("фрагильная") X-хромосома, синдроме Дауна, болезнь фон Реклингаузена, гипомеланоз Ито, синдром Мебиуса, Корнелия де Ланге и др., фенилкетонурия, мукополисахаридоз, болезнь Бурневилля и др.

- эндокринной патологии: гипотиреоз и др.

В этих случаях клиническая картина представлена не всеми симптомами, свойственными классическому аутизму; выявляются лишь отдельные, специфические симптомы и феномены. Прежде всего, для них обязательны знаки дисгенеза, характерные для основной установленной патологии. Как правило, нет асинхронии в развитии различных сфер жизнедеятельности ребенка. При сглаженности эмоциональных расстройств, больные более эмоциональны с матерью и родными. Сохраняется, хотя и легко истощается зрительный контакт. Отмечается большая сохранность личностной структуры с более выраженными чертами торпидности, чем у детей с классическим аутизмом. Возможны расстройства настроения. Нередко аутистические проявления усиливаются или, наоборот, смягчаются, становясь почти незаметными в связи с динамикой основного заболевания.

Аутистический синдром при умственной отсталости проявляется в меньшей степени, и также представлен не всем комплексом свойственных ему признаков. В этих случаях больше всего нарушена способность к общению с окружающими, но и эта особенность выражена значительно меньше по сравнению с детским аутизмом Каннера. Отсутствуют также атетозоподобные стереотипные моторные феномены, менее снижена эмоциональность, больные сохраняют привязанность к матери. Умственное недоразвитие обычно более выражено, тотально и равномерно. Стереотипная деятельность сводится к примитивным раскачиваниям, патологически привычным действиям. В клинической картине, наряду с умственной отсталостью, обнаруживаются признаки соматического дизэмбриогенеза, характерных для основного заболевания.

Аутистические проявления на резидуально-органическом фоне или резидуально-органическое состояние нервной системы с

аутистическими проявлениями. Такая формулировка диагноза предпочтительна в том случае, когда в клинической картине отчетливо присутствуют симптомы или знаки органического поражения нервной системы и отмечаются аутистические проявления, не соответствующие всем критериям детского аутизма. Отмечается: либо отсутствие одного из трех основных критериев аутизма, либо слабая выраженность («стертость») симптомов аутизма

В последние годы в психолого-медико-педагогические консультации все чаще обращаются дети, у которых в раннем возрасте частично или полностью отмечались аутистические проявления, однако впоследствии, как правило, к 5-6 годам, либо значительно редуцировались, либо проявлялись в легкой форме. Положительные изменения могли происходить спонтанно, без оказания коррекционной помощи и при ее оказании. Также практика возрастного консультирования детей с задержками психического и речевого развития нередко выявляет преобладание в структуре психической задержки замедление и легкое искажение эмоционально-коммуникативного и социального развития. Как правило, эти дети демонстрируют хорошее развитие наглядных форм мышления, зрительного восприятия и памяти, но у них замедленно формируются навыки общения, социально-бытовой ориентировки и речи как средства общения. Психогенные факторы в происхождении этих проблем отсутствуют или играют незначительную роль. Опыт проведения коррекционной работы с ними указывает на необходимость использования тех же путей и методов психологической помощи, которые используются при терапии детского аутизма.

При диагностике и консультировании детей 3-4 группы детского аутизма по классификации Никольской О.С. представляется неадекватным тяжести состояния и некорректным использование диагноза «детский аутизм», так как у этих детей нарушения общения, социального взаимодействия и стереотипные формы деятельности могут проявляться в легкой форме. Кроме того, детей 3 группы отмечается высокое речевое и умственное развитие, а у детей 4 группы – негрубая задержка психического развития. Выделение этих детей в качестве аутичных необходимо для оказания им специальной психологической помощи.

Клиническая и психологическая картина детского аутизма может постоянно меняться в процессе онтогенеза и в результате проведения психолого-педагогической коррекционной работы.

Многие аутистические симптомы, ярко проявляющиеся в раннем возрасте, позже могут редуцироваться, особенности сглаживаться, исчезать. У части детей в процессе психолого-педагогической реабилитации можно наблюдать нормализацию процессов психического развития.

Для диагностической идентификации этих проблем детей, имеющих аутистические или сходные с ними проявления, но обуславливающих трудности их социальной адаптации, с целью оказания им своевременной и адресной помощи рекомендуется использовать в практике ПМПК следующие заключения (диагнозы)

Задержка эмоционально-коммуникативного развития – определяется у детей:

- в возрасте до 3-х лет, когда отмечаются полные или частичные проявления детского аутизма (после трех лет этот диагноз может быть оформлен в виде детского аутизма);

- в возрасте от 3 до 12 лет, у которых выявленные прежде аутистические симптомы значительно редуцировались или сгладились (без оказания или с оказанием коррекционной помощи) и в настоящий момент не соответствуют полностью клинической картине детского аутизма;

- в возрасте от 3 до 12 лет у детей 3-4 группы детского аутизма по классификации Никольской О.С.;

Асинхронное психическое развитие – выносится в качестве психологического диагноза детям с аутизмом в возрасте после трех лет для указания на специфическую задержку психического развития, при которой отмечаются диспропорциональные проявления задержанного, опережающего и нормального развития с преимущественным недоразвитием эмоционально-волевой и коммуникативной сферы.

Патологическое формирование личности по аутистическому типу – определяется у детей после 12 лет, если в клинической картине сохраняются стойкие, негрубые аутистические проявления, которые в прогнозе (к юношескому возрасту) могут квалифицированы в рамках аутистической или шизоидной психопатии.

Другие существующие в клинических классификациях нозологические определения детского аутизма (как правила процессуального и психотического характера: процессуальный аутизм, атипичный аутизм и т.д.) в условиях ПМПК не диагностируются; постановка этих диагнозов возможна лишь в условиях стационарного обследования в центрах психического здоровья, куда эти дети должны быть направлены.

Для определения адекватных условий обучения и мер коррекционной помощи, разработки более точных и эффективных рекомендаций недостаточно установить тип аутистического дизонтогенеза, степень его выраженности, характер и формы психологической защиты и доступные для ребенка способы взаимодействия с миром. Эти психологические характеристики аутичного ребенка, можно получить, используя диагностические критерии детского аутизма, выделенные в классификации О.С.Никольской (Приложение 4,5).

Следует также выявить и квалифицировать в соответствующих психолого-педагогических заключениях проблемы речевого и социального развития аутичного ребенка. Для этого предлагается использование рабочей систематизации речевых и психолого-педагогических диагнозов. Использование в ПМПК систематизации трудностей и нарушений формирования речи и ведущей деятельности у аутичных детей обусловлены необходимостью оказания им специализированной, адресной помощи со стороны психологов, дефектологов, педагогов, воспитателей и социальных педагогов организаций образования.

Систематизация психолого-педагогических диагнозов

- задержка речевого развития, обусловленная коммуникативными нарушениями (1-3г);
- асинхронное психическое развитие (3-18л.)
- специфическое развитие речи, обусловленное коммуникативными нарушениями (после трех лет);
- задержка формирования предметной или игровой деятельности, обусловленная коммуникативными нарушениями (1-3г);
- нарушение формирование игровой деятельности, обусловленной коммуникативными нарушениями (3-7л);
- трудности формирование учебной деятельности, обусловленной коммуникативными нарушениями (1 год школьного обучения);
- нарушение формирование учебной деятельности, обусловленной коммуникативными нарушениями (начиная со второго года обучения).

Описания этих нарушений представлены выше в соответствующих разделах руководства («Логопедическое обследование», «педагогическое обследование»).

Предлагаем образцы общего заключения ПМПК:

1. Заключение ПМПК на ребенка 2л.3мес. «Резидуально-органическое состояние нервной системы. Задержка эмоционально-коммуникативного развития (1группа). Задержка речевого развития, обусловленная коммуникативными нарушениями.

Рекомендации: Лечение у врача-невропатолога. Занятия с психологом в реабилитационном центре.

2. Заключение ПМПК на ребенка 4л.5мес. «Синдром Каннера (1-2 группа). Специфическое развитие речи и игры, обусловленное коммуникативными нарушениями».

Рекомендации: Наблюдение у врача-психиатра. Занятия с психологом в кабинете психолого-педагогической коррекции

3. Заключение ПМПК на ребенка 5л.8мес. «Резидуально-органическое состояние нервной системы. Умеренная умственная отсталость. Аутистический синдром. Общее недоразвитие речи 1 уровня. Нарушение формирования игровой деятельности сложного генеза».

Рекомендации: Наблюдение у врача-психиатра. Занятия с психологом и дефектологом в кабинете психолого-педагогической коррекции

4. Заключение ПМПК на ребенка 7л.10мес. «Синдром Аспергера.(2-3гр.). Асинхронное психическое развитие Специфическое развитие речи. ОНР 3 уровня. Трудности формирования учебной деятельности, обусловленные коммуникативными нарушениями.

Рекомендации: Обучение по программе общеобразовательной школы с индивидуальным подходом. Психолого-педагогическое сопровождение в школе. Занятия с психологом и логопедом в кабинете психолого-педагогической коррекции. Наблюдение у врача-психиатра.

Дифференциальная диагностика детского аутизма и других нарушений психического развития

Дифференциальная диагностика детского аутизма и состояний при нарушениях слуха

Сходство: дети не откликаются на свое имя, не обращают внимания на обращенную речь, не выполняют словесных просьб. Отсутствует экспрессивная речь. Имеющиеся звуко сочетания или элементы речи нечленораздельны, плохо модулированы, с нарушениями звукопроизношения и грамматического строя.

Различия

Аутизм	Нарушения слуха
Непостоянство реакции на звуки разной громкости, в том числе речевые.	Постоянный порог слуховой чувствительности
Парадоксальные реакции на звуки: игнорирование громких звуков, обостренная чувствительность на тихие. Реакция на определенные звуки Сенсорная ранимость.	Отсутствие или постоянство реакций на звуки определенной громкости
Стремление к звуковой аутистимуляции: сминанию и разрыванию бумаги, шуршанию целлофановыми пакетами и др. Ранняя любовь к определенной музыке.	Отсутствует
Отсутствие коммуникативной направленности поведения ребенка	Коммуникативная направленность поведения: ребенок стремится к общению, вглядывается в лицо, ориентируется на мимику, артикуляцию партнера по общению.
Отсутствие или ограниченное использование невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, поз и движений.	Активное использование невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, поз и движений.

Дифференциальная диагностика детского аутизма и нарушений речи

Сходство: В случае мутизма при аутизме, когда ребенок не пользуется речью и не реагирует на нее - может возникнуть предположение о моторной или сенсорной алалии. У детей с речевыми расстройствами, также как и у аутистов, нарушено речевое общение, наблюдается речевой негативизм, хотя это обусловлено другими причинами: неконтактность алалика в незнакомой ситуации связана с переживаниями по поводу речевой несостоятельности, но может быть принята за аутистические нарушения общения.

В наиболее легких случаях детского аутизма, когда наблюдаются лишь трудности речевого общения, возможны проявления различной речевой недостаточности: трудности восприятия речи, смазанность и нечеткость произношения, запинки, аграмматизмы, трудности в построении фразы и связных высказываний.

Наибольшее сходство детского аутизма обнаруживается с сенсорной алалией. Нередко детям с аутизмом выставляется диагноз «сенсорная

алалия», поскольку отмечается множество сходных симптомов не только в особенностях речевого развития, но и поведении.

Сходство проявляется: в непостоянстве реакции на различные звуковые раздражители разной громкости, в том числе речевые: сигналы одинаковой громкости то воспринимаются, то не воспринимаются. Характерно лучшее восприятие тихой спокойной речи, чем повышенной громкости. В более грубых случаях ребенок с алалией демонстрирует очень сходное с ребенком-аутистом поведение: он не реагирует и не понимает обращенной речи (относится к ней как к шуму, лишённому смысла), не реагирует даже на собственное имя, не дифференцирует звуки речи и шумы неречевого характера.

Также наблюдаются повышенная чувствительность и болезненная реакция на определенные звуки, обычно безразличные для окружающих (шуршание бумаги, спичек в коробке, звук капающей воды, тихий скрип и т.д.).

Общим является нарушение произвольного слухового внимания: дети не слушают обращенной речи, быстро истощаются и теряют интерес к ней. Речь окружающих не вызывает интереса, желания понять о чем говорят и ответить. Характерны эхолалия, логоррея (бессвязное воспроизведение всех известных ребенку слов, фраз), механическая, «попугайная» речь.

В обоих случаях может наблюдаться: высокая речевая активность на фоне пониженного внимания к речи окружающих и отсутствие контроля за речью; ошибки произношения, а также способность к заучиванию стихотворных текстов. Грубо искаженная речь при сенсорной алалии не используется ребенком для общения, что также наблюдается и при аутизме.

Для тех и других детей типичны поведенческие нарушения: двигательное беспокойство, хаотичность и импульсивность поведения, повышенная истощаемость и отвлекаемость.

У ребенка с сенсорной алалией, также как и у аутиста отмечаются специфические особенности эмоционально-волевой сферы, вторичная задержка умственного развития. Речь не служит средством регуляции поведения и деятельности как сенсорного алалика, так и ребенка-аутиста.

У этих детей в процессе развития и коррекционной психолого-педагогической работы обнаруживаются сходные проблемы в формировании речи. Для них характерны конкретное (буквальное) понимание речи, выраженные трудности понимания грамматических форм и связей, слов с абстрактным значением, символической и контекстной речи. В экспрессивной речи отмечаются трудности

развернутой связной речи, неспособности к гибкому использованию языковых средств в различных ситуациях вербального общения, стремление к использованию штампов, хорошо упроченных фраз и оборотов.

Различия

Аутизм	Нарушения речи
Отсутствует коммуникативная направленность поведения ребенка.	Сохранна коммуникативная направленность поведения: стремится к общению, вглядывается в лицо.
Отсутствие или ограниченное использование невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, движений.	Использование невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, движений.
При отсутствии речи возможно произнесение слов и даже сложные фразы.	Постепенное усвоение речевых средств у моторного алалика: от простых к более сложным.
Понимание относительно сложной речевой информации, если в ней есть заинтересованность или она обращена к другому человеку. Может хорошее понимание письменной речи (текстов книг, заголовков).	Понимание речи сенсорным ала-ликом возможно лишь в знакомых или в многократно отработанных ситуациях.
Речевые нарушения возникают при коммуникации. Когда высказывания не имеют коммуникативной направленности - речь более чистая, фраза правильная, без аграмматизмов.	Такой закономерности не наблюдается

Дифференциальная диагностика аутизма и нарушений зрения (слепоты)

Сходство: в поведении детей с тяжелыми нарушениями зрения в раннем возрасте также могут отмечаться однообразные и стереотипные действия: раскачивание, раздражение глаза или уха, перебирание пальцами перед глазами. Как и в случаях детского аутизма, эти действия

несут функцию аутостимуляции, компенсирующей недостаточность реального контакта с миром.

Различия: Для слепого ребенка социальные стимулы чрезвычайно важны. Он всегда отзывается на то, что исходит от другого человека. Аутичный ребенок, наоборот, может игнорировать близкого человека и чутко откликаться на иные стимулы. Игнорируя окружающих людей, не глядя в их лица, ребенок с аутизмом может при этом демонстрировать «сверхочарованность» определенными зрительными впечатлениями, вызванными, например, восприятием света лампы, теней, узора обоев на стене — их особое значение для ребенка не оставляет у близких сомнений, что он может видеть.

Необходимо отметить, что при некоторых заболеваниях (краснуха) возможно сочетание аутистических проявлений с нарушениями зрения и слуха. В этих случаях стереотипность поведения сочетается с трудностями общения на самом примитивном уровне.

Дифференциальная диагностика аутизма и умственной отсталости.

Детский аутизм может сочетаться с низкими показателями умственного развития. По крайней мере, две трети детей с аутизмом оцениваются как умственно отсталые (половина из этих двух третей — как глубоко умственно отсталые). Однако, нарушение интеллектуального развития при детском аутизме имеет качественную специфику: при количественно равном коэффициенте умственного развития ребенок-аутист, по сравнению с ребенком-олигофреном, может проявлять гораздо большую сообразительность в отдельных областях и значительно худшую адаптацию к жизни в целом. Его показатели по отдельным тестам будут сильно отличаться друг от друга. Чем ниже коэффициент умственного развития, тем отчетливей будет разница между результатами в вербальных и невербальных заданиях в пользу последних.

Сходство: В случаях глубокой умственной отсталости можно наблюдать стереотипные аутостимуляции, например раскачивания, как это бывает в случае аутизма или сенсорной или психической депривации у детей. У тех и других отмечаются стереотипные действия и однообразная примитивная игра.

Для мыслительных операций этих детей характерны ригидность, инертность, трудности переключения. Отмечается конкретность мышления, низкая способность к символическому мышлению, нарушения его целенаправленности и критичности.

Выявляется в целом низкая обучаемость при целенаправленном специально организованном обучении. Отмечается позднее формирование навыков опрятности и самообслуживания. В обоих случаях отмечается перзавивный тип нарушений, проявляющийся нарушением всех сторон психического развития: моторном, эмоциональном, когнитивном, речевом и т.д.

Различия

Аутизм	Умственная отсталость
При общем характере нарушения отмечается асинхронность психического развития: сочетание задержанного, нормального, искаженного и ускоренного развития	Тотальное (равномерное) и иерархичное недоразвитие всех сторон психического развития
Первичны - нарушения общения, вторичны - нарушения познавательной сферы, как результат утраты влияния общения на мышление и поведение.	Первичны нарушения мышления, вторичны – нарушения эмоционально-личностного развития как результат недостаточности интеллектуального контроля над эмоциями и поведением.
Нарушена способность к адекватному эмоциональному реагированию, установлению эмоционального контакта и социального взаимодействия, усвоению средств общения. Практически не подражает социально-бытовым действиям взрослых, не играет в социальные игры	Сохранна способность к адекватному эмоциональному реагированию, установлению эмоционального контакта и социального взаимодействия, усвоению средств общения. Подражает социально-бытовым действиям взрослых, играет в социальные игры.
Избирательная обучаемость. Легко без обучения со стороны взрослого научается сложным вещам сам, если ему интересно, крайне сложно научить тому, в чем не заинтересован.	Общая низкая обучаемость. Обучение всегда как результат специально организованной целенаправленной педагогической работы.
Менее благоприятный прогноз в социально-коммуникативном развитии и адаптации в обществе.	Более благоприятный прогноз в социально-коммуникативном развитии и адаптации в обществе. (за исключением тяжелых форм УО).

Дифференциальная диагностика РДА и детской шизофрении

Считается, что шизофрения является наследственным заболеванием. Проведенные исследования показали, что среди родственников аутичных детей нет накопления случаев заболевания шизофренией. В России и Казахстане до настоящего времени между детским аутизмом и детской шизофренией в большинстве случаев ставится знак равенства, в МКБ-10 связь детского аутизма и шизофрении полностью отрицается. Это противоречие объясняется отличиями в понимании шизофрении в разных клинических школах.

Большинство западных школ определяет шизофрению как болезненный процесс, сопровождающийся острыми психическими расстройствами, включающими бред и галлюцинации. В отечественной психиатрии к шизофрении относят и вялотекущие болезненные процессы, нарушающие психическое развитие ребенка. При первом понимании связь с аутизмом действительно не прослеживается, при втором — детский аутизм и шизофрения могут пересекаться.

Ребенок, страдающий шизофренией (в традиционном отечественном понимании этого слова), может не иметь трудностей, специфичных для синдрома детского аутизма. Здесь дифференциации поможет опора на основные критерии синдрома. Развести «стабильные» и «текущие» формы внутри самого синдрома детского аутизма позволяет длительное наблюдение за развитием ребенка. Наличие периодов не обусловленного извне обострения (нарастания проблем ребенка) может свидетельствовать в пользу заболевания шизофренией.

Сходство шизофрении и аутизма видят в высокой наследственной отягощенности; в дальнейшей жизни у аутистов могут развиваться свойственные шизофрении нарушения.

Различия

Аутизм	Шизофрения
Отсутствуют	Бред и галлюцинации
Положительная динамика психического развития.	Процессуальный характер заболевания: ремиссии и рецидивы с нарастанием психического дефекта
Отклонения в развитии с момента рождения	Обязательный период нормального развития
Преобладает у мальчиков	Распределение по полу равномерно

Чаще перинатальные осложнения (91,9%); гораздо реже отмечается наследственная отягощенность (33,4%),	Чаще отягощенность шизофренического круга, (54,6%), чем патология беременности и родов (52,7%),
Стремление, но трудности к установлению контакта. Постепенное формирование привязанности, адекватного эмоционального реагирования, эмоциональных и социальных отношений	Активный отказ от контактов и уход от реальности. Постепенная утрата привязанности к окружающим и эмоциональное отупление

Дифференциальная диагностика детского аутизма и нарушений общения, обусловленных неблагоприятными условиями жизни и воспитания ребенка (эмоциональной депривацией)

Психогенно обусловленные нарушения общения могут возникнуть в тех случаях, когда ребенок, если в раннем возрасте лишен эмоционального общения с близким человеком. Такие случаи можно наблюдать при эмоциональной (материнской) депривации и детском госпитализме.

Другой причиной психогенного нарушения общения может быть отрицательный невротический опыт ребенка: перенесенная травма, несостоятельность во взаимодействии с другим человеком. Кроме того, внезапная разлука с матерью, помещение в стационар или детское учреждение, рождение других детей и др., могут приводить к появлению признаков, сходных с аутистическими: ограничение или временное прекращение общения, появлению страхов, различных форм стереотипной и аутостимулирующей активности, призванной компенсировать недостаток контактов с миром:

Известно, что недостаточность эмоционального общения у детей, воспитывающихся в домах ребенка, часто вызывает особые нарушения психического развития и расстройства, сходные с аутистическими, и которые получили название парааутистических.

Сходство: У детей с эмоциональной депривацией (парааутизмом), начиная со 2-го полугодия жизни могут отмечаться сходные с детским аутизмом проявления как:

- нежелание вступать в контакт, избегание глазного контакта;
- отсутствие коммуникативной активности;
- преобладание отрицательных эмоций;
- отсутствие реакций на звуки, имя, словесные обращения;

- моторные стереотипии – однотипное потирание рук, верчение головой, упорное раскачивание, сосание пальца, стереотипные игры, в т.числе с неигровым материалом, ограниченность или отсутствие символической и ролевой игры.

У детей, воспитывающихся в условиях материнской депривации, отмечается повышенная склонность к образованию страхов, которые по своему содержанию похожи на аутистические: страх изменения окружающей обстановки; тактильного и визуального контакта, взятия на руки, громкого голоса, незнакомых предметов, игрушек. Характерны немотивированные колебания эмоциональных состояний: улыбка часто заканчивается гримасой страдания, смех переходит в плач.

Много сходных признаков также можно наблюдать у детей с аналитической (младенческой) депрессией или депрессивными состояниями. У них на второй стадии сепарационного синдрома появляются такие признаки как: безразличие к окружающим, пассивность, отсутствие потребности в общении, нарушения сна, аппетита, различные формы стереотипной активности: раскачивания, сосание пальцев рук, частей тела и одежды, ходьба на цыпочках, манежный бег, замирания вплоть до ступора, регресс в психическом развитии.

Последствия психотравмирующей ситуации можно наблюдать у ребенка в виде мутизма, чаще всего избирательного. Ребенок не реагирует на обращение к нему. Дети становятся пассивными, вялыми или наоборот возбужденными, немотивированно агрессивными.

Различия:

Детский аутизм	Психогенные нарушения общения
Психогенные факторы либо отсутствуют, либо их присутствие незначительно и играют роль пускового механизма в реализации нарушения, обусловленного наследственными, генетическими и органическими факторами.	В анамнезе - четкое указание внешней, психогенной причины нарушения общения: разлука с матерью, помещение в дом ребенка, выраженные нарушения детско-материнских отношений.
При положительной динамике все особенности отклоняющегося развития остаются практически навсегда.	Все нарушения носят обратимый характер и могут компенсироваться в нормальных условиях и/или при оказании коррекционной помощи.

Стереотипные действия носят достаточно стойкий, навязчивый характер.	Стереотипные действия не носят изошренного и стойкого характера, при соответствующих условиях легко редуцируются.
Страхи носят своеобразный, парадоксальный и стойкий характер, приобретая уровень сверхценных переживаний.	Страхи психологически понятны (компенсация эмоционального одиночества), при соответствующих условиях легко исчезают.
Возможность коммуникации нарушена в целом; наиболее трудна организация игровых контактов со сверстниками. Мутизм чаще носит тотальный характер или его избирательность носит немотивированный характер.	Нарушение общения в результате психотравмы избирательно и касается отдельных, тяжелых для ребенка ситуаций. Контакт с детьми в игровой ситуации может сохраняться. Избирательный мутизм, т. е. мутизм, проявляющийся лишь в особых обстоятельствах или определенных условиях

Консультирование семьи аутичного ребенка

Общеизвестно, что любые отклонения в развитии ребенка всегда вызывают у родителей сложную гамму чувств, переживаний, но реакции родителей аутичных детей в большей степени проявляются подавленностью, растерянностью в связи неконтактностью ребенка, невозможностью приучить его к социальным навыкам, общепринятым нормам поведения. Исследования психологов показало, что матери аутичных детей испытывают больший стресс чем матери детей с умственной отсталостью. Интенсивность их переживаний по поводу родительской и воспитательской несостоятельности обусловлена тем, что аутичный ребенок с раннего возраста не подкрепляет материнского поведения (малыш не улыбается, не общается, не играет с близкими и пр.). Тяжесть эмоционального состояния родителей усугубляется невозможностью общения с другими семьями, постоянным невыгодным сравнением своего ребенка с другими детьми. С таким ребенком очень трудно выходить в люди, посещать публичные места. Родителям

приходится быть постоянно привязанным к ребенку, ограничивать различного рода социальные контакты. Постоянное напряжение в семье в связи с особенностями поведения ребенка значительно деформирует семейные отношения, вызывает конфликты. Весь этот сложный комплекс реакций определяет родительские позиции по отношению к ребенку, стиль воспитания.

Первый тип родительского отношения проявляется в выпячивании всех недостатков, «ненормальности» ребенка, недооценивании реальных успехов и возможностей ребенка. Такие родители обычно испытывают чувство раздражения и стыда за такого ребенка. Воспитание ребенка строится на запретах нежелательного и жестко-директивных попыток достижения желательного поведения.

Второй тип родительского отношения характеризуется всяческим преувеличением достижений и способностей ребенка и преуменьшением или отрицанием проблем и недостатков ребенка. Такие родители стараются много заниматься с ребенком, делая упор на интеллектуально-речевом развитии, поскольку это демонстрирует умственную полноценность детей и уравнивает их детей с нормальными детьми. Однако действительных проблем ребенка – нарушений общения и социального взаимодействия они не видят.

Оба стиля родительского воспитания, к сожалению, не оказывают ребенку целенаправленной необходимой помощи. Поэтому целью консультирования семьи аутичного ребенка является актуализация и оптимизация тех условий и возможностей, которыми обладает семья для оказания помощи ребенку в разрешении его проблем и для более благоприятного развития. Консультирование семьи должно быть направлено на решение нескольких задач:

1) способствовать терапевтически целесообразному пониманию состояния ребенка.

2) помочь родителям проследить взаимосвязь и взаимообусловленность нарушений и с выделением главной проблемы и обозначить их ограниченным количеством понятных терминов.

3) способствовать компенсации дезадаптации родителей, семьи;

4) привлечь родителей к грамотной педагогической и воспитательной работе с ребенком и обучению ее методам;

Объяснение родителям проблем ребенка происходит при учете тяжести состояния ребенка, отношения к нему родителей, их возможностей к пониманию сути проблем и проведению коррекционно-развивающей работы с ним.

Консультирование семьи ребенка в психолого-медико-педагогической консультации происходит на 3 этапе диагностико-консультативной работы после сбора анамнеза и диагностического обследования.

Консультативный прием лучше вести одному человеку из команды специалистов. В большинстве случаев это заведующий консультацией, либо психолог или врач-психиатр. Он начинает консультирование родителей, сообщает основную информацию о ребенке, последовательно предоставляет слово специалистам, контролирует и регулирует время выступлений. В конце приема ведущий обобщает мнения специалистов, еще раз уточняет все рекомендации для семьи и интересуется тем, что все ли понятно родителям, есть ли у них вопросы.

Предлагается придерживаться следующего алгоритма консультирования семьи аутичного ребенка.

1. В начале беседы с родителями необходимо отталкиваться от конкретного запроса, жалоб, с которыми обратились родители, так как начинать нужно с того, что их беспокоит. Можно спросить самих родителей в чем, по их мнению, причина проблем ребенка, т.е. попытаться побудить родителей к самостоятельному анализу поведения ребенка и причин его отклонений. В зависимости от того, что сообщили родители, могут быть различные тактики дальнейшего консультирования.

Чаще всего родители предъявляют жалобы на задержку речевого развития; в этих случаях можно применять тактику «исключения». Она заключается в том, что специалист последовательно исключает наличие речевого нарушения у ребенка, вследствие нарушений слуха, артикуляционного праксиса (моторной алалии, дизартрии), понимания речи (сенсорной алалии) или умственного нарушения (УО), так как ребенок демонстрирует хороший слух, в понимание речи и собственную речь (даже, если непостоянно и в определенных ситуациях), сообразительность и интеллектуальные достижения в некоторых сферах деятельности (привести конкретные примеры).

Важно довести до осознания родителей то обстоятельство, что всех детей с умственными и речевыми нарушениями, в отличие от их ребенка объединяет стремление к общению. Не имея речевых средств общения, они используют все доступные им средства (мимику, интонацию, жесты, пантомиму). Все эти дети стремятся разделить свои чувства с близкими людьми, хорошо понимают эмоциональный и социальный смысл происходящего, активно выражают свое эмоциональное отношение к происходящему социально понятным способом. Они подражают действиям родителей и благодаря этому стремлению подражать

взрослым их достаточно легко научить пользоваться навыками опрятности, самообслуживания, общепринятыми правилами поведения.

Особенностью их ребенка является то, что при хорошем слухе и сохранными возможностями говорит и понимать, ребенок не использует ни речь, ни выразительной мимики и жестов для общения: выразить эмоции, желания, просьбу, отношение к чему-либо. Создается впечатление, что ребенок не заинтересован в общении, живет сам по себе, как будто погружен в свой мир. Нельзя сказать, что ребенок не общается или не хочет общаться вообще. Он обращается к Вам, но только тогда, когда ему это нужно для удовлетворения своих потребностей (привести примеры), но делает это своим своеобразным способом, не так как обычно общаются и взаимодействуют люди. В этом его главная проблема. В этом причина задержки речевого развития, так как только в общении у ребенка появляется и развивается речь; она нужна маленькому ребенку для того, чтобы общаться с окружающими людьми. В этом причина трудностей поведения, потому что в процессе живого и непосредственного общения с родителями ребенок усваивает все социальные навыки поведения. Овладение и самыми простыми и сложными учебными навыками происходит у ребенка в результате общения и социального взаимодействия: ребенок принимает, что предлагают взрослые и стремится выполнить соответственно поставленной цели, заданному образцу.

Проблема Вашего ребенка заключается в том, что он не общается с окружающими людьми общепринятым способом, не подражает и не учится у них навыкам речевого общения социального поведения.

2. Обозначение (идентификация) проблемы. Родителям сообщают, что такие проблемы развития ребенка, связанные с недостаточностью общения и социального взаимодействия, называют, используя определение «аутизм». Аутизм – это медицинский диагноз, но аутизм это не болезнь, а особое развитие, при котором у ребенка отмечаются трудности общения и социального взаимодействия. Далее раскрываются причины и механизмы формирования аутизма. Сначала можно сообщить, что в основе аутизма лежит органическая (врожденная) недостаточность определенных структур мозга, которая обуславливает возникновение неблагоприятных факторов: повышенной чувствительности и низкого психического тонуса и активности; из-за чего с раннего возраста развитие ребенка происходит иначе, чем у обычных детей. Далее родителям предлагается цепочка объяснений, в которой основные проблемы ребенка выводятся из этих патологических факторов. Например: Повышенная чувствительность – болезненные

ощущения, ранимость, дискомфорт от различных воздействий и, прежде всего, эмоциональных – стремление уйти от контактов с окружающей средой. Низкий психический тонус, недостаток получаемой информации, трудности ее понимания – стремление тонизировать, развлекать себя одними и теми же понятными и привычными действиями, ритуальное однообразное поведение. Нарушения восприятия эмоций (их понимания) – затруднения в осмыслении окружающего (прежде всего социального смысла происходящего) – страхи, трудности общения, непринятие социальных норм поведения. Фрагментарное восприятие окружающего – отдельные хорошие способности к чему-либо и воспроизведение в деятельности отдельных фрагментов реальности, а полноценного всестороннего, прежде всего социального, личностного развития не происходит.

3. Прогноз развития ребенка. Родителям сообщают, что поскольку аутизм – это особое развитие, а не болезнь которую следует лечить и можно вылечить, то особенности этого развития (трудности общения и социального взаимодействия) будут присущи ребенку длительное время и скорее всего полностью не будут преодолены. Однако любое развитие – это всегда прогресс, и аутичный ребенок принципиально способен к нему через реализацию своих способностей и потенциальных возможностей. Многие аутичные люди смогли научиться общаться, учиться в школе, получить образование, профессию, адаптироваться в обществе. Это также возможно в прогнозе и у Вашего ребенка (сообщение прогноза зависит от характера и тяжести аутистического расстройства у ребенка, но подчеркивается принципиальная возможность к его развитию). Для этого необходимо уже сейчас начинать психолого-педагогическую работу по развитию общения и социального взаимодействия у ребенка..

4. Рекомендации и определение адекватных мер помощи. На этом этапе происходит создание в семье терапевтической ситуации. Кто может помочь им в воспитании ребенка. Объяснить, почему это должен быть сначала психолог, а не логопед и дефектолог (психолог – специалист, который будет заниматься формированием навыков общения и социального взаимодействия). Также нужно разъяснить: где и когда они смогут получать психологическую помощь; что для этого нужно сделать.

Первоначальная (своевременная) помощь аутичному ребенку в раннем возрасте должна оказываться психологом кабинета психолого-педагогической коррекции и/или реабилитационного центра. Психологическая работа сначала проводится индивидуально с ребенком и его семьей. Позже, когда у ребенка будут сформированы определенные навыки общения, взаимодействия; к коррекционной работе могут быть

подключены логопед, педагог-дефектолог. На этом этапе также возможно проведение психологом групповой терапии с ребенком, постепенное включение его в группу детей с целью формирования у него коммуникативных навыков. После этого уже можно предложить посещение дошкольных организаций образования.

Аутичному ребенку дошкольного или школьного возраста при направлении в организации образования определяется тип образовательной программы. В зависимости от уровня интеллектуального и речевого развития дети-аутисты могут обучаться по различным образовательным программам дошкольных и школьных организаций образования, а именно:

- общеобразовательной программе массовых детских садов и школ;
- для детей с задержкой психического развития;
- для умственно отсталых детей;
- для детей с нарушениями речи.

В тех случаях, когда аутизм сопровождается тяжелой и глубокой умственной отсталостью (т.е. когда образовательная программа в вышеперечисленных организациях образования для детей недоступна), то коррекционно-развивающее обучение этих детей осуществляется в кабинетах психолого-педагогической коррекции и реабилитационных центрах, а также в организациях социальной защиты.

При направлении ребенка в детские сады и школы необходимо предусмотреть условия для психолого-педагогического и социального сопровождения.

Определение (показания и противопоказания к определению детей с аутизмом в общеобразовательные и специальные организации образования), порядок организации и условия обучения аутичных детей них, изложены в нормативном документе Министерства образования и науки республики Казахстан - Методические рекомендации по определению детей с аутизмом в организации образования. Приказ МОиН №4-02-4/1435 от 28 мая 2010г. (см. Приложение 8)

Медицинские рекомендации медицинские рекомендации семье предлагаются, если это необходимо в связи с тяжестью состояния, в виде предложений обратиться в центр психического здоровья с целью уточнения диагноза, получения лечения, оформления инвалидности ребенку. Также предлагаются рекомендации врачей невропатолога, психиатра по лечению.

Лечение аутичных детей

Специфической терапии аутистических расстройств не существует и поэтому терапия носит преимущественно симптоматический характер.

Основная цель лечения этих больных - воздействие на психопатологические симптомы и связанные с ними нарушения поведения, а также соматоневрологические проявления заболевания, стимуляция развития функциональных систем: когнитивных функций, речи, моторики, необходимых навыков или поддержание их сохранности, создание предпосылок и возможности обучения. Используются фармакотерапия, психотерапия, физиотерапия и методы психолого-педагогической коррекции. Все виды лечебных воздействий при детском аутизме применяются на основе индивидуальной клинической оценки состояния больных (включая коморбидные расстройства).

Фармакотерапия у больных детским аутизмом показана при выраженной агрессивности, самоповреждающем поведении, гиперактивности, стереотипиях и расстройствах настроения. В этих случаях используются нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты и седативные препараты.

При детском аутизме с гиперкинетическим синдромом может быть применен депакин (вальпроат натрия). Оптимальная доза его в этих случаях 100—200 мг в день, а также сонапакс (10—20 мг в день). Из антисудорожных средств предпочтительны ламотриджин и депакин.

Для коррекции расстройств сна могут применяться транквилизаторы, гипнотики и средства, направленные на нормализацию циркадного ритма сон — бодрствование, в частности мелатонин. Положительный эффект оказывает нейропротективная терапия. Общее улучшение состояния больных в некоторых случаях дает лечение церебролизином [Башина В. М. и др., 1996]. Фармакотерапия должна быть патогенетически обоснованной и строго индивидуальной в каждом конкретном случае.

Препараты, применяемые при симптоматическом лечении аутизма подразделяются на: нейрометаболические церебропротекторы, дегидратационные, сосудистые, витаминные, противосудорожные препараты и средства, регулирующие поведение. Дегидратационные препараты (глицерол, диакарб, триампур) применяются при нарушении ликвородинамики (при гипертензии) и способствуют снижению гипоксии. В среднем продолжительность дегидратации составляет 2-4 недели.

Основная роль в медикаментозном лечении принадлежит нейрометаболическим церебропротекторам, таким как пантогам (пантокальцин, гопан, гопантенат кальция), энцефабол, церебролизин, ноотропил (пирацетам, луцетам, фенотропил), когитум, глицин, аминалон, ноофен (фенибут), кортексин, пикамилон, гаммалон.

Церебропротекторы могут различаться по своему составу и механизмам действия, но имеют следующие общие свойства: оказывают положительное влияние на высшие психические функции головного мозга, улучшают память, облегчают процессы обучения, стимулируют интеллектуальную деятельность, повышают устойчивость мозга к повреждающим факторам, улучшают кортикально-субкортикальные связи. Эти препараты применяются при общей задержке в развитии. Длительность применения зависит от степени выраженности клинических признаков и может составлять от 1 месяца до 3 месяцев. Целесообразно назначать ноотропные препараты в виде монотерапии, уделяя при этом внимание индивидуальному подбору оптимальных дозировок и продолжительности лечения. Рекомендуется постепенное наращивание дозы.

Необходимо помнить, что они обладают сильным стимулирующим действием на нервную систему, поэтому их осторожно применяют в случаях, когда у ребенка имеются судороги или на электроэнцефалограмме регистрируется пароксизмальная активность. Из-за активизирующего, стимулирующего действия, церебропротекторы принимают в утренние и дневные часы. Также применение этих препаратов может вызвать усиление двигательной активности, нарушение сна, изменения в эмоциональной сфере, поэтому перед назначением их необходимо провести параклинические исследования (эхэнцефалограмма, электроэнцефалограмма, осмотр глазного дна и т.д.). В возрасте детей до 3 лет предпочтение отдается сиропам и суспензиям. Побочные эффекты на фоне лечения церебропротекторами возникают при недостаточно строгом контроле со стороны родителей и неточном соблюдении режима применения лекарственных средств (с учетом постепенного увеличения дозы) и приема в утренние и дневные часы.

Многочисленные параклинические исследования выявляют изменение церебральной гемодинамики при наличии органической патологии; в этих случаях оправдано применение сосудистых препаратов таких, как кавинтон (винпоцетин), стугерон (циннаризин), венорутон, сермион, оксбрал, инстенон. В среднем препараты применяются в течение 4 недель в утренние и дневные часы. Перед применением препаратов сосудистого ряда необходимо провести исследование состояния сосудов (УЗДГ сосудов головного мозга).

Нейрометаболическим действием обладают витамины группы В (В1, В6, В12). В детской неврологической практике широко применяется комбинация трёх витаминов (неуробекс, нейромультивит, мильгамма). Целесообразным является применение также витаминов кальция

пангамата (B15), ретинола ацетата (А), токоферола ацетата (Е), фолевой кислоты, липоевой кислоты. Дозы рассчитываются соответственно возрасту, продолжительность может составлять от 10 дней до 45-60 дней.

Противосудорожные препараты (депакин, конвулекс, карбамазепин, финлепсин, суксилеп, фенобарбитал, топамакс, ламиктал) применяются при наличии судорог у детей с аутизмом. Нередко у детей с аутизмом отмечаются поведенческие нарушения. Часто в клинике у них обнаруживаются быстрая истощаемость нервной системы, рассеянность, расторможенность, агрессивное поведение, аффективные вспышки. В таких случаях эмоциональные и поведенческие расстройства корригируются применением нейролептиков, таких, как соналакс, терален. При назначении этих препаратов необходимо учитывать не только их терапевтическую активность, но возможность быстрого развития побочных эффектов. Во многих литературных источниках сообщается о достаточно быстром лечебном воздействии этих препаратов в минимальных дозах. Сочетание этих препаратов с церебропротекторами может вызвать эффект перевозбуждения. Продолжительность курса лечения составляет от 1 до 3 месяцев.

Есть опыт использования в лечении аутичных детей налтрексона, клонидина, пропранолола и др. При проведении фармакотерапии необходима особая осторожность, так как дети с аутистическими расстройствами в силу возрастных особенностей и характера самого заболевания (наличие многочисленных соматических и неврологических отклонений) нередко оказываются повышено чувствительными к медикаментозным воздействиям (возможны необычные реакции и осложнения). Для предупреждения последних во всех случаях требуется тщательное обследование, включающее биохимические исследования крови, функции печени и почек, компьютерную томографию, электроэнцефалографию и др.

5. Обучение родителей методам и приемам оказания помощи ребенку в семье.

В психолого-медико-педагогической консультации родителям должны быть предложены конкретные рекомендации по оказанию помощи аутичному ребенку в домашних условиях. Такие рекомендации необходимы, даже если ребенок направляется к психологу для получения коррекционной помощи, но особенно они важны в тех случаях, когда такая помощь не может быть оказана в ближайшее время (отсутствие специалистов, или ожидание очереди к ним).

Для особого воспитания аутичного ребенка в семье наиболее адекватным и эффективным в руках родителей может быть метод

эмоционально-смыслового комментария, разработанный О.С.Никольской, Е.Р.Баенской, М.М.Либлинг, направленный на создание особого аффективного режима воспитания в домашних условиях. Изложим основные его положения в краткой форме:

1. Необходимо создать и поддерживать особый аффективный режим воспитания ребенка. Родители формируют определенный ежедневный стереотип жизни ребенка, включающий различные режимные моменты ребенка, занятия, свободное время ребенка, прогулки и т.д и строго его соблюдают.

2. Нужно регулярно проговаривать сложившейся жизненный стереотип, комментируя все его детали, объясняя ребенку эмоциональный смысл каждой из них и их связей между собой. Необходимо следовать за ребенком, отмечая, в первую очередь, важные именно для него моменты «Достанем печенье из буфета», «Откроем кран, и водичка польется быстро-быстро». Постепенно вводим и наращиваем количество эмоциональных деталей и переживания происходящего, значимых для самой мамы.

3. Нужно осуществлять разметку времени во время эмоционального режима. Важно соблюдать регулярность чередования событий дня, их предсказуемость. Совместное переживание с ребенком прожитого и планирование предстоящего создают в совокупности временную сетку, благодаря которой каждое сильное для ребенка впечатление не заполняет собой все его жизненное пространство и время, а ограничивается какой – то областью. В этом случае малышу гораздо легче пережить то, что было в прошлом, и подождать то, что будет в будущем.

4. Рекомендуется упорядочивать пространство, в котором живет ребенок посредством постоянного эмоционального комментария взрослым того стереотипа поведения, который обычно складывается в определенном месте, - например, еды, одевания, прогулки, ритуала прощания с кем-то из близких, сидения на горшке и т.д.

5. Взрослый не должен допускать формального, механического «перебора» деталей, важно помочь ребенку эмоционально осмыслить необходимость каждой из них и их последовательности. Даже, если у ребенка в уже сложившийся «застывший» стереотип включены казалось бы бессмысленные ритуальные действия, их тоже нужно пытаться ввести в общий смысловой контекст. В таком случае ребенок совершает эти действия менее напряженно и ожесточенно. Например, если малыш сосредоточен на том, чтобы дверь была прикрыта,- «Закрой, закрой,

чтобы не дуло», если раскладывает в определенном порядке фломастеры на столе – «Так, все у нас на месте, ты же аккуратный мальчик». Важно, чтобы такие комментарии взрослого были эмоциональны и соответствовали доступному ребенку уровню взаимодействия с окружением».

После устных объяснений по поводу того, как создать аффективный режим воспитания, родителям могут быть предложены рекомендации в письменной форме. Они излагаются кратко и просто, с указанием того, как выполнять упражнения на конкретных примерах.

Письменные рекомендации родителям

1. Комментировать все происходящее в жизни ребенка в эмоциональном, несколько утрированном виде (как с маленьким ребенком). Необходимо постоянно погружать ребенка в ваш речевой поток («Ты проснулся, сейчас снимем пижаму, будем умываться и т.д.»), но при этом учитывать интересы ребенка. Например, если вашего ребенка интересует реклама, то в комментарии подходящей по смыслу ситуации можно и нужно включать знакомые ему рекламные слоганы. Чем меньше ребенок будет предоставлен самому себе, тем меньше он будет уходить в себя, погружаться в стереотипные действия, движения.
2. Вечером, перед сном, когда ребенок находится уже в кровати необходимо проговорить всю последовательность дня, особенно подробно и эмоционально те моменты, которые были приятны ребенку. Например, «Ой, какие же мы с тобой сегодня молодцы! Утром мы проснулись и потянулись вот так.... А потом пошли в ванную и открыли водичку- теплую, приятную, и помыли ручки.....А вечером--дзынь-папа пришел. Ой, а как мы папу встречали! Мы же так по папе соскучились!».
3. Можно рисовать для ребенка разные моменты из происходящего с ним в течении дня. Например, вы рисуете человечка и говорите: «Вот (имя ребенка). Ой как он бежит по дорожке (рисуете дорожку).Топ-топ-топ быстро бежит, догоню..догоню!» Рисование может происходить за столом, на ковре. Продолжать комментировать рисунок нужно, даже, если ребенок не смотрит на него напрямую, прицельно. Для привлечения внимания

ребенка нужно использовать интересующие ребенка моменты (ему интересны цифры или буквы- вводите их в рисунок и комментарии к нему. « Цифра один» (пишете цифру крупно). «Ильхам катается с горки. У-ух! скатился! Вот это да!»).

4. Присоединяйтесь к действиям ребенка. Например, ребенок любит выстраивать машинки в ряд. Можно рядом выстроить ряд из таких же или других игрушек так, чтобы получился сюжет из жизни самого ребенка и обговорить, прокомментировать сюжет: « Да, много машин стоит на дороге. Большая пробка. Наверное светофор сломался. А в этой машине сидит папа и никак не может доехать до дома. А здесь сидит дядя, его тоже ждут дома сынок или дочка. И мы ждем своего папу. О! А вот уже починили светофор и машины поехали (начинаете двигать свои машинки). Давайте, давайте поехали! Быстрей! И папина машина приехала. Привет, папа!» Также можно разыгрывать другие сюжеты из ежедневного опыта ребенка.
5. Если ребенок листает книгу, то можно по ходу придумывать и проговаривать простые бытовые истории. (Например, если на странице есть изображение зайчика, машинки и т.д., то вы при этом говорите: «Привет, зайка! «Привет, машинка!». Ребенок уже закрывает книгу, а вы заканчиваете историю: «Ой! Ну, все - пока, пока!»).
6. Когда ребенок смотрит мультфильмы можно комментировать происходящее на экране, но более простыми словами. Делать это нужно дозированно: сказали- помолчали. С сюжетными игрушками из любимых мультфильмов можно обыгрывать отдельные эпизоды из жизни ребенка.
7. Нужно придавать смысл всем звукам, звукосочетаниям, которые произносит ребенок. «Достраивать» его звуки до междометий, слов, подходящих по смыслу той ситуации, в которой, ребенок их произнес, при этом ваша речь должна быть эмоционально выразительной. Например: ребенок: «А-а-а». Взрослый: «А! А! АХ! какая красивая коробочка! Ой, как мы ее сейчас откроем, посмотрим, Что там? Что там?!» Например: ребенок: «УУУ». Взрослый: «УУУ - летим как самолет».

8. Вы садитесь удобно на диване (в кресле, на полу у стены), сажаете ребенка лицом к себе, обнимаете и прижимаете его к себе и начинаете петь ему песенку, затем произносить потешки, детские стишки, далее рассказывать короткую сказку или просто говорить ему ласково, как вы его любите, какой он славный и хороший. Говорить и петь нужно эмоционально выразительно, привлекая его внимание изменением громкости своего голоса, тона, мимики, используя руки ребенка для демонстрации содержания отдельных слов и фраз(«Ладушки- ладушки» - хлопаем руками ребенка, держа их своими руками).При этом, в знакомых ребенку стишках оставляете ему паузы для договаривания. Все что ребенок произносит в этот момент необходимо достраивать до слова.

Такое упражнение нужно выполнять ежедневно в одно и то же время, начинаем с 2 мин. и постепенно с интервалом 2-3 дня увеличивать его продолжительность по полуминуте до 15-20мин. Необходимо соблюдать постоянную последовательность при выполнении этого упражнения: сначала поем песню, потом рассказываем сказку, потом стишок. Через определенное время можно вносить в этот ритуал небольшие изменения, предложить новую песню или стишок, изменить последовательность.

Такие рекомендации предлагаются родителям на определенный срок (1-2мес.), по истечении которого, они вновь обращаются в ПМПК за следующими рекомендациями специалистов.

Одним из вариантов оказания помощи родителям в условиях консультации может быть предложенная родителям специальная литература:

1. Никольская О. С., Баенская Е.Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи.- М., Теренфив -1997.
2. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст)- М.:Теревинф, 2007.
3. Никольская О. Фомина Т., Цыпотан С. Ребенок с аутизмом в обычной школе - М.: Чистые пруды, 2006.
4. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия.- М.: Теревинф, 2004.

5. Помощь аутичному ребенку в семье. Советы родителям. - Алматы 2011.

Диагностическая карта
(К.С.Лебединской и О.С.Никольской)
Исследование ребенка раннего возраста
при предположении у него детского аутизма
Первый год жизни

Вегетативно-инстинктивная сфера

Неустойчивость ритма «сон - бодрствование». Засыпание лишь в определенных условиях (на улице, балконе, при укачивании). «Спокойная бессонница». Ночные страхи.

Отсутствие пищевого рефлекса. Анорексия. Возможность кормления лишь в особых условиях (ночью, в пророчном состоянии и т.д.). Избирательность в еде. Гиперсензитивность к твердой пище, употребление только протертой.

Малоподвижность, пассивность или двигательное беспокойство, крик и сопротивление при пеленании, прикосновении, взятии на руки, купании, массаже и т.д.

Аффективная сфера

Особенности эмоционального облика: отрешенность, обеспокоенность, тревожность, индифферентность. Периодические «уходы в себя». Слабая эмоциональная откликаемость. Трудность вызывания эмоциональной реакции, заражения эмоцией взрослого.

Страхи, тревога, нарушения сна и питания, быстрая пресыщаемость в контакте. Отсутствие «чувства края» (свешивание за борт коляски, стремление выбраться из манежа, и т.д.). Страхи бытовых шумов (звуков пылесоса, полотера, электробритвы, фена, шума в водопроводных трубах и т.д.),

Сфера общения

Отсутствие фиксации взгляда на лице и глазах человека. (взгляд вверх, «мимо», «сквозь»). Характер взгляда: очень «умный», неподвижный, застывший, испуганный и т.д.

Слабость, редкость улыбки, отнесенность не к человеку, а неодушевленному предмету, возникновение на звук. Особенность улыбки: «неземная», «лучезарная». Слабость, отставленность комплекса оживления. Отсутствие какого-либо компонента: двигательного, голосового, улыбки.

Задержка в узнавании матери, отца, других близких. Слабость эмоциональной насыщенности узнавания (отсутствие улыбки, движения

навстречу при приближении). Малая потребность в матери, слабость реакции на ее уход, отсутствие позы готовности при взятии на руки. Соппротивление при взятии на руки.

Формирование наибольшей привязанности к какому-либо из близких. Симбиотическая связь с матерью: непереносимость ее самого кратковременного отсутствия (патологические вегетативные реакции).

Реакция на нового человека. Непереносимость: тревога, страхи, сопротивление при взятии на руки, агрессия, игнорирование. Отсутствие страха незнакомых лиц, спокойное пребывание у чужих на руках. «Сверхобщительность».

Отсутствие указательных жестов, движений головой, означающих утверждение либо отрицание, жестов приветствия или прощания. Гипомимичность, бедность мимических комплексов (улыбки, испуга, плача и т.д.). Напряженность, неадекватные гримасы.

Реакция на словесные обращения. Отсутствие отклика на имя. Слабость, замедленность. Отсутствие реакции на другие обращения. «Псевдоглухота». Отсутствие адекватного жеста.

Восприятие.

Взгляд «сквозь» объект. Отсутствие слежения взглядом за предметом. «Псевдослепота». Сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте: световом пятне, участке блестящей поверхности, узоре обоев, ковра, мелькании теней. Завороженность таким созерцанием. Задержка на этапе рассматривания своих рук, перебирания пальцев у лица. Рассматривание и перебирание пальцев матери. Упорный поиск определенных зрительных ощущений. Стойкое стремление к созерцанию ярких предметов, их движения, верчения.

Зрительная гиперсензитивность: испуг, крик при включении света, раздвигании штор; стремление к темноте.

Отсутствие реакции на звук. Стремление к звуковой аутостимуляции: сниманию и разрыванию бумаги, шуршанию целлофановыми пакетами, раскачиванию створок двери. Предпочтение тихих звуков.

Ранняя любовь к музыке. Стойкое предпочтение музыки. Гиперпатическая отрицательная реакция на музыку.

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

Моторика.

Нарушение мышечного тонуса на первом году жизни. Гипертонус. Гипотонус.

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

Задержка в формировании навыка жевания.

Задержка в развитии ходьбы (длительный интервал между ползанием и началом ходьбы). «Внезапность» перехода к ходьбе. Страх ходьбы. Начало бега одновременно с началом ходьбы.

Двигательные стереотипии: раскачивания в колыбели, однообразные повороты головы. Ритмические сгибания и разгибания пальцев рук. Упорное, длительное раскачивание: стенки манежа.

Второй-третий год жизни

Вегетативно-инстинктивная сфера

Возможность кормления лишь в особых условиях (ночью, в просоночном состоянии и т.д.). Избирательность в еде. Гиперсензитивность к твердой пище, употребление только протертой.

Двигательное беспокойство, крик и сопротивление при прикосновении, взятии на руки, купании, массаже и т.д.

Аффективная сфера

Особенности общего эмоционального облика: отрешенность, обеспокоенность, тревожность, индифферентность. Периодические «уходы в себя». Запаздывание формирования, слабость или чрезмерность выраженности эмоций удивления, обиды, гнева. Слабая эмоциональная откликаемость. Трудность вызывания эмоциональной реакции, заражения эмоцией взрослого.

Невротические реакции на неудачу, отношение близких: самоагрессия, тики, вегетативные расстройства. Психопатоподобные реакции: негативизм, агрессия к близким и детям. Истериоформные реакции. Сопротивление умыванию, одеванию, стрижке, агрессивность.

Страхи животных, бытовых шумов (звуков пылесоса, полотера, электробритвы, фена, шума в водопроводных трубах и т.д.), тихих звуков (шелеста бумаги, жужжания насекомых и т.д.). Боязнь изменения интенсивности света, предметов определенного цвета и формы, прикосновения, влаги. Страхи остаться одному, потерять маму, чужих, высоты, лестницы, огня. Отсутствие страха темноты. Страхи, обусловленные ситуационно. Психогенные иллюзорные расстройства. Страхи с идеями толкования, отношения, угрозы, перевоплощения и т.д.

«Феномен тождества». Трудности при введении прикорма. Приверженность к узкому кругу еды. Отвержение новых видов пищи. Ритуальность к атрибутике еды. Жесткое следование усвоенному режиму. Болезненная реакция на его изменение. Приверженность привычным деталям окружающего (расположение мебели, предметов, игрушек). Негативизм к новой одежде.

Уровень патологической реакции на перемену обстановки (помещение в ясли, переезд): нарушение вегетативных функций, невротические, психопатоподобные расстройства, регресс приобретенных навыков, психотические явления.

Нарушение чувства самосохранения. Отсутствие «чувства края», стремление выбежать на проезжую часть улицы, убежать на прогулке и т.д.). Отсутствие страха высоты, закрепления опыта контакта с горячим, острым.

Сфера влечений

Агрессия, жестокость к близким, детям, животным, стремление ломать игрушки.

Легкое возникновение агрессии в аффекте. Агрессия как стремление привлечь внимание, вступить в игру. Агрессия при страхе. Влечение к ситуациям, вызывающим страх. Агрессия при радости.

Самоагрессия: спонтанная, при неудачах. Брезгливость. Понижение и повышение. Их сочетание.

Сфера общения

Отсутствие фиксации взгляда на глазах человека (взгляд вверх, «мимо», «сквозь»). Активное избегание взгляда человека. Характер взгляда: неподвижный, застывший, испуганный и т.д.

Отсутствие привязанности к родным или формирование наибольшей привязанности к какому-либо из близких. Симбиотическая связь с матерью: непереносимость ее самого кратковременного отсутствия (патологические вегетативные реакции, невротические, психопатоподобные реакции, регресс навыков). Симбиоз с другими членами семьи, няней.

Появление слов «мама», «папа» после других. Их неотнесенность к родителю. Другие необычные вербальные обозначения родителей. Эпизоды страха кого-либо из родителей. Смена симбиоза на индифферентность, избегание, враждебность.

Реакция на нового человека. Непереносимость: тревога, страхи, сопротивление при взятии на руки, агрессия, игнорирование. «Сверхобщительность».

Контакт с детьми. Игнорирование: пассивное, активное. Стремление лишь к физическому общению. Обследование как неодушевленного предмета. Импульсивные действия. Игра «рядом». «Механическое» заражение поведением детей. Амбивалентность в стремлении к контакту, страх детей. Сопротивление при попытке организации контакта извне. Агрессивность к детям.

Гиперсензитивность, переносимость лишь «малых доз» прикосновения, поглаживания, кружения, тормошения и т.д.

Отсутствие, слабость, замедленность отклика на имя. Отсутствие реакции на словесные обращения. «Псевдоглухота». Избирательность ответных реакций на речь. Отсутствие адекватного жеста.

Индифферентность к окружающему. Отсутствие активности исследования предметов.

«Отсутствие» дифференциации одушевленного и неодушевленного. «Механическое» использование руки, туловища взрослого. Диссоциация между отрешенностью и эпизодами, указывающими на хорошую ориентацию в окружающем.

Восприятие.

Стойкое стремление к созерцанию ярких предметов, их движения, верчения, мелькания страниц. Длительное вызывание стереотипной смены зрительных ощущений (при включении и выключении света, открывании и закрывании дверей, двигании стекол полок, верчении колес, пересыпании мозаики и т.д.).

Раннее различение цветов. Рисование стереотипных орнаментов.

Стремление к звуковой аутоstimуляции: сниманию и разрыванию бумаги, шуршанию целлофановыми пакетами, раскачиванию створок двери. Предпочтение тихих звуков.

Ранняя любовь к музыке. Хороший музыкальный слух. Гиперпатическая отрицательная реакция на музыку.

Плохая переносимость одежды, обуви, стремление раздеться. Удовольствие от ощущения разрывания, расслоения тканей, бумаги, пересыпания круп. Обследование окружающего преимущественно с помощью ощупывания.

Непереносимость многих блюд. Стремление есть несъедобное. Сосание несъедобных предметов, тканей. Обследование окружающего с помощью облизывания.

Гиперсензитивность к запахам. Обследование окружающего с помощью обнюхивания.

Влечение к игре с взрослым типа верчения, кружения, подбрасывания.

Моторика.

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

Медлительность, угловатость, порывистость, марионеточность движений. Неуклюжесть, мешковатость. Необычные грациозность, плавность движений, ловкость при лазанье, балансировании.

Особенности бега: импульсивность, особый ритм, стереотипное перемежение с застываниями. Бег с широко расставленными руками, на цыпочках. Особенности походки: «деревянность» (на негнущихся ногах), порывистость, некоординированность, по типу «заводной игрушки» и т.д.

Разница моторной ловкости в привычной обстановке и вне ее. Двигательные стереотипы: однообразные повороты головы. Ритмические сгибания и разгибания пальцев рук. Упорное, длительное раскачивание: на игрушечной лошадке, качалке. Кружение вокруг своей оси. Машущие движения пальцами либо всей кистью. Разряды прыжков и т.д. Вычурный рисунок двигательных стереотипий.

Отсутствие указательных жестов, движений головой, означающих утверждение либо отрицание, жестов приветствия или прощания. Затруднения в имитации движений взрослого. Сопrotивление в принятии помощи при обучении двигательным навыкам.

Гипомимичность, бедность мимических комплексов (улыбки, испуга, плача и т.д.). Напряженность, неадекватные гримасы.

Интеллектуальное развитие.

Впечатление «тупости», непонимания простых инструкций.

Плохое сосредоточение внимания, его быстрая пресыщенность. «Полевое» поведение с хаотической миграцией, неспособностью сосредоточения, отсутствием отклика на обращение. Сверхизбирательность внимания. Сверхсосредоточенность на определенном объекте.

Беспомощность в элементарном быту. Задержка формирования навыков опрятности, самообслуживания, трудности обучения навыкам, отсутствие склонности к имитации чужих действий.

Отсутствие интереса к функциональному значению предмета.

Большой для возраста запас знаний в отдельных областях. Любовь к слушанию чтения, влечение к стиху. Преобладание интереса к форме, цвету, размеру над образом в целом. Интерес к знаку: тексту книги, букве, цифре, другим обозначениям. Условные обозначения в игре. Преобладание интереса к изображенному предмету над реальным. Сложность фабулы фантазий, игр, сверхценные интересы (к отдельным областям знаний, природе и т.д.).

Необычная слуховая память (запоминание стихов, других текстов).
Необычная зрительная память (запоминание маршрутов, расположения знаков на листе, ранняя ориентация в пространстве, расположении вещей, географических картах).

Разница «сообразительности», интеллектуальной активности в спонтанной и заданной деятельности.

Речь.

Слабость или отсутствие реакции на речь взрослого. Отсутствие фиксации взгляда на говорящем. Диссоциация между отсутствием реакции на слово и гиперсензитивность к невербальным звукам, между «непониманием» простых бытовых инструкций и пониманием разговора, не обращенного к ребенку.

Запаздывание или опережение появления первых слов. Их необращенность к человеку, необычность, малоупотребимость. Эхолалии. Динамика накопления словаря: «плавающие» слова, регресс речи на уровне отдельных слов.

Запаздывание или опережение появления фраз. Их необращенность к человеку. Комментирующие, аффективные фразы. Фразы-аутокоманды. Фразы-эхолалии. Отставленные эхолалии. Эхолалии- цитаты.

Склонность к вербализации: игра фонематически сложными, аффективно насыщенными словами. Неологизмы. Монологи и аутодиалоги. Слова-отрицания. Склонность к декламации, рифмованию, акцентуации ритма.

Отсутствие речи о себе в первом лице. (при хорошей фразовой речи). Неправильное употребление других личных местоимений. Регресс фразовой речи; факторы его провоцирующие.

Вычурность интонаций. Повышение высоты голоса к концу фразы. Невнятность, скомканность, свернутость речи, произношение лишь отдельных слогов. Разница развернутости речи, внятности произношения в спонтанной и заданной деятельности. Мутизм тотальный. Мутизм избирательный.

Игра.

Игнорирование игрушки. Рассматривание игрушки без стремления к манипуляции. Задержка на стадии манипулятивной игры. Манипулирование лишь с одной игрушкой.

Манипулирование с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект (зрительный, звуковой, тактильный, обонятельный, проприоцептивный). Стереотипность манипуляций. Сохранение манипуляций, свойственных более раннему возрасту (щелкание пальцами, перебирание ими перед глазами). Символизация, одушевление

неигровых предметов в сюжетной игре. Группировка игрушек и неигровых предметов по цвету, форме, размеру. Склонность к выкладыванию рядов, орнаментов.

Некоммуникативность игры. Игра в одиночку, в обособленном месте. Аутодиалоги в игре. Игры-фантазии с перевоплощением в других людей, животных, предметы. Спонтанность сюжета игры, трудности введения и изменения ее фабулы извне.

Навыки социального поведения.

Трудности усвоения режима. «Собственный» режим.

Запаздывание формирования навыков: пользования ложкой, удержания чашки, одевания. Диссоциация между владением навыками в заданной и спонтанной деятельности. Затруднения в имитации действий взрослого. Отказ от помощи либо, наоборот, ее охотное использование. Регресс навыков еды и одевания.

Позднее появление навыков опрятности. Отсутствие сообщения, длительное «терпение» до высаживания. Страх горшка. Склонность к регрессу навыков. Связь с невротическими и психопатоподобными явлениями. Патологические привычки.

Психосоматические корреляции.

Предрасположенность к аллергическим заболеваниям, аллергическим компонентам при общих инфекциях, аллергической реакции на лекарственные препараты.

Связь ухудшения психического состояния с соматическим неблагополучием: тревоги, страхи, другие аффективные расстройства, стереотипии; временный регресс приобретенных навыков.

Манифестация проявлений аутизма после соматического заболевания.

Опросник для родителей

Уважаемые родители просим вас ответить на предлагаемые вопросы. Этим Вы поможете специалистам лучше понять особенности развития Вашего ребенка. Заранее благодарны за искренние ответы.

Поведение ребенка	Да	Нет
1. Нередко складывается впечатление о том, что ребёнок не слушает обращенную к нему речь.		
2. Часто не откликается на свое имя.		
3. Редко обращается к Вам с просьбой что-либо подать, предпочитает достать сам.		
4. Редко выполняет Ваши просьбы что-нибудь принести, показать, выполнить.		
5. Мало интересуется играми или общением со знакомыми взрослыми и сверстниками.		
6. Любит играть один, не играет с детьми в совместные игры.		
7. Может подолгу играть в одни и те же игры или заниматься одним и тем же любимым занятием.		
8. Часто играет не с обычными игрушками, а с разными предметами окружающего быта, водой и т.п. (крутит в руках, перебирает, раскладывает в ряды, сортирует и т.п.).		
9. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть или убежать.		
10. Настойчиво требует постоянства в чем-либо: еде, одежде, в порядке расположения вещей и т.п.		
11. Делает только то, что представляет для него интерес, невозможно заставить сделать что-либо против его желания.		

12. Очень трудно научить чему-либо, не привлекается к совместной деятельности, не сосредотачивается на том, что показывают, рассказывают или читают.		
--	--	--

Обработка результатов

0-4б. – низкий риск наличия аутизма

4-8б. – средний риск наличия аутизма

8-12б. – высокий риск наличия аутизма

Схема наблюдения за ребенком с аутизмом

Общие особенности реагирования на окружающий мир:

- спокойно ли входит ребенок в новое помещение,
- меняется ли при этом его мимика, пластика, характер вокализации,
- безразличен к окружающим, не замечает, относится как к неживым предметам (может наступить, залезть);
- требуется ли ему в такой ситуации тактильный контакт с мамой,
- есть ли реакция на незнакомых людей,
- сидит ли он на коленях у мамы во время беседы, какова его поза у нее на руках, держится ли он рядом с мамой, или его сразу увлекает незнакомое пространство.

Особенности коммуникативной деятельности:

- смотрит ли в глаза или избегает глазного контакта, что происходит, если он случайно встречается с кем-то взглядом;
- как реагирует на прикосновения, попытку взять за руку, подвести к столу;
- реагирует ли на свое имя, словесные обращения (просьбы, запреты);
- прислушивается ли он к общему разговору, меняется ли при этом его поведение (например, не усиливается ли его вокализации и не изменяются ли ее формы, когда мама рассказывает о том, какие слова и звуки он может произносить);
- как реагирует на коммуникативную активность взрослого (при попытках имитировать его действия, параллельно на его глазах выполнять различные игровые действия, привлечь к совместным действиям. Наблюдается:
 - а). напряжение, тревога в виде двигательного возбуждения, стереотипий, криков и вокализаций и т.д.;
 - б) игнорирование, пассивный уход;
 - в) активное сопротивление, агрессия, аутоагрессия;
 - г) интерес и взаимодействие (постепенное, кратковременное прерывистое, активное, инициативное и т.д.)
- проявляет ли коммуникативную активность, инициативу в общении, обращение за помощью;

- использует ли жесты, позы и действия, вокализации и слова для обращения к взрослому (в том числе механическое использование руки, карабкание по телу, крики и т.д;

Общие особенности поведения:

- перемещается ли он по всей комнате, активно лазает, взбирается на стулья, столы, пробирается в отверстия и т.д. или предпочитает находиться в каком-нибудь одном либо нескольких местах;

- берет ли он игрушки, книги, карандаши или другие предметы на столе, как он использует подобные вещи,

- быстро ли наступает пресыщение утомление, что делает ребенок при этом: замирает, ложится на пол отдыхать, идет к матери, прижимается к ней, просит еду, питье, возбуждается, появляются двигательные стереотипии;

- наличие или отсутствие моторных стереотипий. Если они есть, необходимо проанализировать их характер и то, насколько ребенок ими поглощен.

- какова пластика ребенка, обратив внимание на особенности его мимики, на типичные позы, на ритм, плавность и координацию движений.

- оценить соотношение его общей ловкости и точности в действиях рук.

Эмоциональная сфера:

- насколько выразительны и разнообразны эмоциональные реакции или они не проявляются (лицо застывшее, маскообразное, безразличное)

- насколько эмоциональные реакции адекватны происходящему;

- в каких ситуациях и как проявляются эмоции, их

психологическая мотивированность.

Характер детско-родительских отношений

- насколько проявляет привязанность к матери (от выраженного симбиоза до полного игнорирования:

а) обращается ли к матери, приносит ли игрушки маме, требует ли ее внимания, или проявляет большую заинтересованность в общении с незнакомыми людьми;

б) раздражает ли ребенка то, что внимание матери отвлекает на себя посторонний человек, пытается ли он увести ее, отвлечь, важно ли ему не дать говорить о себе неприятные вещи, или он покорно терпит все на руках у мамы

в). как реагирует на разлуку с матерью (тест Айнсворт «Незнакомая ситуация»)

Предметная и игровая, изобразительная деятельность

- осуществляет ли действия с предметами соответственно их функциональному назначению (расчесывается расческой и т.п.), процессуальные игровые действия (катание машинки, кормление куклы);

- имитирует ли бытовые действия взрослых;

- играет ли в сюжетные или ролевые игры самостоятельно, можно вовлечь в совместную игру, предпочитает наблюдать, игнорирует или активно протестует.

- характер игровых действий: с чем, как играет, их длительность и поглощенность ими.

- парадоксальность и неадекватность игровых действий (кормит ботинок ложкой)

- игры перевоплощения: изображает себя животным, героем из мультфильма и т.д.

- стремление к рисованию, что и как рисует. Любит наблюдать за рисованием, попытки копирования.

Познавательная деятельность

Общие особенности выполнения:

- адекватность действий (как принимает задания); способы выполнения задания; обучаемость в процессе выполнения; отношение к результату своей деятельности;

- как выполняет задания, принцип выполнения которых очевиден (сортеры, «Почтовый ящик», «Доски Сегена» и задания, требующие ориентировки на образец, соблюдения условий, поэтапного планирования, выполнения и контроля («Конструирование по образцу», «Разрезные картинки», методика Когана, Кубики Кооса и пр.).

Отмечают, есть ли у ребенка высокие способности к какой-либо деятельности, широкие знания или умения в какой-либо сфере, увлеченность какими-либо интересами.

Особенности речи: отмечают уровень развития и особенности формирования функций речи: коммуникативной, регулирующей, познавательной.

Выясняют, понимает ли ребенок обращенную речь: реагирует только на запреты, выполняет ли просьбы, обнаруживает понимание не обращенной к нему речи;

Наблюдают собственную голосовую или речевую продукцию ребенка: произносит ли - отдельные вокализации, звукосочетания, слова,

фразы, слова-штампы, фразы-штампы. Отмечают, в каких ситуациях появляются вокализации, речь, речевые штампы, что они означают;

Выявляют наличие специфических феноменов характерных для речи аутистов: мутизм, эхолалии (непосредственные, отставленные), автономность речи, неправильное использование личных местоимений, использование глаголов в инфинитиве, повелительном наклонении, своеобразное интонирование, нарушение просодических компонентов речи; нарушение звукопроизношения, семантики, грамматического строя, несформированность связной речи.

Диагностическая карта
по выявлению признаков аутизма у детей
первой группы по классификации Никольской О.С.

Способ защиты – полная отрешенность от происходящего, пассивная аутостимуляция

На первом году жизни: отсутствие признаков отклоняющегося развития, наличие улыбки, комплекса оживления, гуления и лепета (ребенок легко заражался (улыбался) от любого улыбающегося взрослого, от общения взрослых между собой, от оживленной беседы вокруг).

Особо внимательный, «умный» «серьезный» взгляд, очень осмысленное выражение лица. ребенок обычно спокоен, пассивно подчиняем всем режимным требованиям; не требует активно контакта, внимания и общения, не просится на руки, но и не сопротивляется. Отсутствие к 8 мес. «страха незнакомца», позже различение своих и чужих, избирательности в общении.

Созерцательность, длительное рассматривание предметов, очарованность светом, движением теней, узором на ковре. Особый интерес к музыке, пристальный и избирательным интерес к передачам по (реклама, мультфильмы, клипы).

Чувствительность (сензитивность) к сенсорным стимулам повышенной интенсивности, особенно к звукам. Страхи громких звуков (гудения кофемолки, электробритвы, шума пылесоса, треска погремушки).

Своевременное или раннее появление первых слов. Иногда в 9-12 мес. неожиданное, вне контекста ситуации могут сказать необычное слово или даже фразу. Но чаще дети либо произносят обычные слова (мама, папа и др), которые затем к 1,5 годам исчезают или не говорят вообще.

На втором-третьем году жизни: отсутствие реагирования на обращенную речь имя, другие коммуникативные сигналы (мимику, жесты). Гиперактивность, полевое поведение. Парадоксальные реакции на сильные раздражители, например отсутствие отклика на холод или боль. Снижение инстинкта самосохранения.

Дошкольный и школьный возраст

Коммуникативная сфера. Внешне: может смотреть в глаза, но взгляд «мимо» «сквозь». Отрешенное, умное выражение лица. Лицо

«принца». Отсутствует центральное зрение, не смотрят целенаправленно, не рассматривают ничего специально, но периферическим (боковым) зрением многое замечают. Не используют экспрессивно-мимических, предметно-действенных и речевых средств общения. Чаще всего единственная форма контакта-механическое использование руки взрослого.

Эмоциональное развитие и социальное взаимодействие. Безразличны к окружающим. Не откликаются на просьбы, на имя, мимику, жесты и ничего не просят сами. Обращаются к взрослым для получения стимуляции, приятных телесных ощущений (любит, чтобы его кружили, тормошили, подбрасывали), Не понимают значений эмоциональных выражений лица, жестов, символический действий, речи, но очень тонко чувствует настроение, эмоциональное состояние окружающих. Не понимают значения общепринятых норм правил поведения. Безразличны к детям, игнорируют их, но механически заражаются подвижными играми детей (бег по кругу, догонялки). Может быть игра рядом. Иногда отмечается избирательное предпочтение (симпатия, любовь) к некоторым категориям детей.

Долго не усваивают самостоятельное выполнение навыков опрятности, самообслуживания, но пассивно подчиняются при принуждении.

Сенсомоторное развитие и поведение. Бесцельно передвигаются по комнате, лазая, карабкаясь по мебели, пролезая в отверстия, и т.п. или застывают, ложатся на пол, созерцая что-либо и затем продолжают собственное движение. Особая ловкость, координированность, даже грациозность движений.

Невозможность научить произвольным действиям - грубые нарушения мышечного тонуса, вялость и слабость; нарушения координации движений руки и глаза. Трудности обучения моторным навыкам в самообслуживании.

Отсутствие активных форм аутостимуляции - нет двигательных стереотипий, может отмечаться бег по кругу, от стенки к стенке. Пассивная аутостимуляция – стремление получать зрительные, вестибулярные, телесные ощущения.

Отсутствует феномен тождества и активное сопротивление изменениям в окружающем мире, но сохранение постоянного уклада жизни важно для них. Плохо реагируют на изменение привычной среды обитания.

Полевое поведение. Отсутствует целенаправленная деятельность. Трудности или полная невозможность привлечь ребенка непосредственно

к выполнению действий с игрушками, предлагаемых заданий. При попытке добиться внимания, заставить что-то сделать – чаще всего реакция пассивного сопротивления, может быть крик или самоагрессия. При этом могут отмечаться отставленные действия (ребенок повторяет действие, но не сразу, а позже).

Умственное и речевое развитие. Могут случайно проявлять хорошие способности в соотношении и группировке предметов по цвету, форме, размерам, в усвоении алгоритмов пользования техникой, компьютером, но повторить свои достижения по просьбе взрослого не могут.

Отсутствует предметная и игровая деятельность. Могут отмечаться элементы имитационных и процессуально-игровых действий в виде отставленных эхопраксий и стереотипных действий.

Отсутствует речь (мутизм). Часто отмечаются неречевые вокализации: особое бормотание, щебет, свист, скрип, часто звуковысотное интонирование. Могут произносить различные лепетные вокализации, напоминающие речь. Иногда могут произнести слова и даже фразы, но без коммуникативной направленности (отставленные эхоталии). Не повторяют слов по просьбе. Могут иногда для удовлетворения своих нужд и на фоне эмоционального возбуждения сказать слово или фразу («дай», «пить», «уйди»). Может развиваться внутренняя и письменная речь без специального обучения. При отсутствии речи и слабом реагировании на нее - проявляет признаки ее понимания, особенно, если в этом заинтересован (реагирует на словесные обращения типа: «Иди сюда. Дам конфетку» или «Пойдем гулять, иди одеваться»).

Специфические (клинические) проявления

Нарушения чувства самосохранения - отсутствие страха высоты, темноты, стремление выбежать на проезжую часть улицы, убежать на прогулке, залезть на высоту, пройти по узкому парапету или бордюру.

Снижение или извращение чувствительности – снижение реакции на голод, боль, холод, стремление есть несъедобное.

Самоагрессия или агрессия при попытке принудить к выполнению целенаправленного действия.

Стереотипность – монотонное полевое поведение.

Аутостимуляция - склонность к аутостимуляции посредством телесных ощущений: напряжением тела, ударами себя по ушам, о предметы и т.п., лазаньем, карабканьем, наблюдением за

повторяющимися движениями. Влечение к игре со взрослым типа верчения, кружения и подбрасывания.

Диагностическая карта
по выявлению признаков аутизма у детей
второй группы по классификации Никольской О.С.

Способ защиты – активное избегание и сопротивление.

На первом – втором году жизни: с рождения чрезмерное беспокойство, возбудимость, плаксивость, нарушения сна, неустойчивость ритма сон-бодрствование, трудности при введении прикорма крик и сопротивление при выполнении режимных процедур.

Симбиотическая привязанность к матери. Устойчивость и причудливость страхов Выраженная приверженность к соблюдению режима. Разнообразные моторные стереотипии. Чрезмерная фиксация на повторяющихся действиях (одно и тоже действие выполняется и повторяется в неизменном виде).

Ранний интерес к цвету, форме, величине, фактуре, музыке. Хорошая ориентировка в пространстве, в бытовой технике.

Ранний и дошкольный возраст

Коммуникативная сфера: Внешне: избегают глазного контакта, лицо напряжено, искажено гримасой страха. Не использует в общении мимику, интонацию, жесты-указания, символические и экспрессивные жесты. Может использовать некоторые инструментальные жесты, речь, ограниченно и своеобразно.

Эмоциональное развитие и социальное взаимодействие. Могут отвлекаться на имя. Выполняют просьбы и требования взрослых, если они не выходят за рамки стереотипа ежедневного поведения. Могут подражать действиям взрослых.

Затруднено понимание эмоционального состояния, экспрессивных жестов, эмоциональные высказываний людей, общепринятых норм поведения, правил, того, что видят и слышат. Причудливая избирательность отношения к людям.

Симбиотическая привязанность к близким (с возрастом уменьшается, но всегда сохраняется). «Деспотическое» отношение к ним.

Трудности усвоения социальных и бытовых навыков, они усваиваются в определенной форме и лишь как жестко привязанные к

определенной ситуации. Могут научиться обслуживать себя, самостоятельно есть, одеваться, умываться.

Амбивалентность в стремлении к контакту, страх детей. Соппротивление при попытке организации контакта извне. Агрессивность к детям. Избирательный интерес к детям.

Сенсомоторное развитие. Скованность, механистичность в движениях. Плохая координация действий рук и ног. Все навыки усваивается с трудом, но прочно.

Обилие моторных стереотипий, их причудливый и изощренный характер, поглощенность ими: избирательное напряжение отдельных групп мышц, суставов, и прыжки на напряженных прямых ногах, взмахи рук, верчение головой, перебирание пальцами, трясение веревочек и палочек и др. Исключительная ловкость в стереотипных движениях.

Предметная и игровая деятельность. Игры с неигровыми предметами в виде многократного повторения одних и тех же действий. Могут осуществлять имитационные, предметные и процессуально-игровые действия, но всегда стереотипные. Парадоксальность в использовании игровых предметов. Отсутствуют сюжетные и сюжетно-ролевые игры.

Речевое развитие. Своевременное появление речи, но позже может быть ее исчезновение: ребенок перестает употреблять слова, т.к. не может понять причину их использования.

Трудности активного и гибкого использования речи в общении с людьми. Речь усваивается, фиксируются в готовой, неизменяемой форме и используются только в той ситуации, в которой и для которой они были выработаны. Дети не могут связно излагать свои суждения, поддерживать диалог соответственно контексту ситуации.

Характерно: эхоталии (непосредственные и отставленные), эхоталичные ответы, палилалии – (постоянное повторения слов и предложений, часто не имеющих никакого значения), речевые штампы, слова-команды, неправильное использование личных местоимений. Речь напряженная, скандированная, со своеобразным интонированием. Нередко использование цитат из книг, мультфильмов. Отсутствие личной обращенности речевых высказываний. Проявления языковой одаренности: неологизмы, словотворчество. Речь чаще используется не для коммуникации и познания, а для получения отдельных приятных впечатлений. Стереотипное воспроизведение: повторения одних и тех же стихов, аффективно насыщенных слов и словосочетаний, отдельных выразительных фраз.

Умственное развитие Хорошее различение и знание цветов (оттенков), форм, знаков (букв, цифр и др), ориентировки в пространстве. Нередко отличная механическая память. Избирательный интерес и высокие достижения в отдельных областях.

Ограниченность, узость понимания, жесткость и механичность в восприятии взаимосвязей между событиями, буквальность, негибкость мышления. Не может самостоятельно осмыслить и установить причинно-следственные связи. Формальное усвоение знаний, умений, навыков; использование их только в известной ситуации, неспособность к их логическому переносу на аналогичную ситуацию.

Аутистическое мышление (нарушения мышления по типу аффективной логики, когда суждения преимущественно обусловлены внутренними переживаниями, эмоциями и установками без учета условий и требований реальности). Нарушения целенаправленности, произвольной регуляции и критичности мышления. Не может четко разделять настоящее, прошлое и будущее, целенаправленно строить деятельность, планировать и контролировать правильность выполнения.

Специфические (клинические) проявления

Страхи. Легкость образования и длительная фиксация на них. Разнообразие и причудливость страхов.

Феномен тождества. Приверженность к узкому кругу еды. Ритуальность к атрибутике еды. Жесткое следование усвоенному режиму, болезненная (патологическая) реакция на его изменение. Приверженность привычным деталям окружающего (расположение мебели, предметов, игрушек). Негативизм к новой одежде.

Агрессия и самоагрессия. Легкость возникновения агрессии в аффекте (как реакция протеста против изменений в сложившемся стереотипе) Склонность к фиксации на отрицательных впечатлениях.

Аутостимуляции. Активные, разнообразные и изощренные способы аутостимуляции. Поглощенность ими. Моторные и речевые стереотипии.

Влечения. Возможны попытки вцепиться в волосы, стремление прижаться к ногам, раздирание руки, онанизм, обнюхивание, извлечение разнообразных оральных ощущений.

Диагностическая карта
по выявлению признаков аутизма
третьей группы по классификации Никольской О.С.

Способ защиты – сверхзахваченность своими собственными стойкими интересами, проявляющимися в стереотипной форме.

На первом году жизни: беспокойство, плаксивость, трудности засыпания. Сенсорная ранимость (часто диатез, аллергические реакции). Повышение мышечного тонуса, двигательное беспокойство, порывистость, импульсивность движений. Отсутствие чувства края. Реакция дискомфорта на руках у матери, слабая эмоциональная отдача. Дозирование эмоционального общения с близкими самим ребенком (посредством соблюдения дистанции и ограничением времени общения). Пугливость, парадоксальность реакции на окружающее.

На втором-третьем году жизни: гиперактивность, полевое поведение. Настойчивое стремление к получению отдельных впечатлений в окружающем. Фиксация на особых влечениях. Выраженные упрямство, негативизм, поступки назло. Стремление провоцировать взрослого с целью вызвать у него аффективную реакцию злости, гнева.

Высокое раннее речевое развитие, хорошая память и ускоренное интеллектуальное развитие. Раннее проявление интереса к интеллектуальным занятиям – к энциклопедиям, картам, схемам, шахматам, словесному творчеству.

Ранний и дошкольный возраст

Коммуникативная сфера. Отсутствие трудностей вступления в контакт. Особенности контакта: не учитывает присутствие собеседника, не умеет выслушать его, не стремится дать ему необходимую информацию, не слышит вопросов, не реагирует на сообщение. Лицо с утрированным оживлением несколько механистичного характера: блестящие глаза, застывшая улыбка, ускоренный темп речи, громкий возбужденный голос. Правильная, подчеркнута «взрослая» речь, большой запас слов, сложные фразы, но речь- монологическая и не служит коммуникации; ребенок не может, не умеет поддерживать диалог. Он может ответить на отдельный вопрос, но с ним невозможно разговаривать.

Эмоциональное развитие и социальное взаимодействие. Может проявлять повышенную привязанность к близким, чувствовать тревогу, страх и даже панику при разлуке. При этом стремится полностью доминировать в отношениях, жестко их контролировать,

диктовать свою волю. Часто не в состоянии откликнуться на непосредственную реакцию близких, уступить им, пожалеть. Трудно выразить свои нужды, сформулировать намерения, сообщить впечатления. Социально наивен. Экстремальная конфликтность поведения.

Моторика. Моторная неловкость: нарушения регуляции мышечного тонуса, слабая координация движений туловища, рук и ног, тяжелая походка, нелепо растопыренные руки; (постоянно цепляются за что-то, задевает предметы вокруг). Недостаточность «тонкой» ручной моторики. Трудно обучить моторным навыкам, в том числе самообслуживания.

Речевое развитие. Богатая, развернутая, грамматически правильно оформленная речь. Большой словарный запас, сложные по синтаксису фразы. Речь слишком взрослая, «книжная»; много штампов, оборотов, цитат.

Говорит неразборчиво, без интонационных пауз, монотонно, быстро, захлебываясь, глотая звуки и даже части слов, темп все более ускоряется к концу высказывания.

Отмечается преимущественно монологическая речь, диалогическая значительно страдает.

Умственное развитие. Пристрастие и поглощенность интеллектуальными занятиями. Энциклопедические знания в отдельных областях знаний, различных наук и т.д. Стереотипное воспроизведение отдельных впечатлений, связанных с проговариванием логических и вычерчиванием пространственных схем, математическими вычислениями, проигрыванием шахматных композиций, коллекционированием сведений из области астрономии, генеалогии, других разделов отвлеченного знания.

Асинхронность мышления: может выделить и понять отдельные сложные закономерности, но только в рамках своих занятий и крайне ограничен в понимании все того, что выходит за пределы его увлечений, прежде всего реального, окружающего его мира. Часто не чувствует подтекста ситуации, проявляет большую социальную наивность.

Специфические (клинические) проявления

Стереотипные аутистические фантазии, интересы, увлечения, их сверхценный характер. Стремление действовать в строгом соответствии с выработанным планом. Если реализация плана нарушается, то это может привести к деструктивному срыву в поведении.

Негативизм. Отказ от всего, что идет вразрез с желаниями, планом действий. Отказ от обучения чему-либо новому или

вызывающему затруднения. Негативизм, может «рационально» обосновываться.

Аутостимуляции - проговаривание, проживание в словесной форме стереотипных сюжетов и аутистических фантазий устрашающего характера. Однотипные монологи и рисунки. Стремление помногу раз переживать неприятные и пугающие впечатления.

Агрессия. Чаще вербальная агрессия. Напряженность и изоэпшенность агрессивных переживаний.

Диагностическая карта по выявлению признаков детского аутизма **четвертой группы** по классификации Никольской О.С.

Наиболее легкий вариант аутизма. Желание и стремление вступить в контакт, но трудности его установления и организации отношений с окружающим миром. Уже не защита, а повышенная ранимость, тормозимость в контактах, неразвитость самих форм общения, патологическая робость и застенчивость, трудности сосредоточения и организации ребенка.

На первом году жизни. Легкая задержка психомоторного развития. Низкий мышечный тонус. Значительный разрыв между своевременным хождением за ручку и запаздыванием самостоятельного передвижения. Повышенная тормозимость, выраженная реакция страха на незнакомое лицо или даже непривычные действия, выражение лица или неожиданное поведение близких людей. Повышенная привязанность к матери (не физический симбиоз, а эмоциональная привязанность).

На втором-третьем году жизни Моторная неловкость, медлительность. Задержка речевого развития. Ласковый, привязчивый, постоянно требует внимания, эмоциональной поддержки и одобрении со стороны взрослых.

Ранимость, непереносимость отрицательной оценки, чувствительность, пугливость, стремление жить в стереотипных условиях. При изменении привычных условий легко тормозится, теряется. Целенаправленное взаимодействие вызывает быструю пресыщаемость и утомляемость.

Стереотипность занятий и игровых действий – может подолгу строить одну и ту же постройку, смотреть на движение поездов, заводить юлу, играть с водой и т.д. Трудно чему-либо

целенаправленно научить (вмешаться) – настойчиво предпочитает до всего доходить сам. Упрям, негативен. Ребенка можно успокоить, нельзя отвлечь.

Ранний и дошкольный возраст

Коммуникативная сфера. Поддерживают общение, хотя тормозимы, робки и застенчивы в контактах. На лице - выражение тревоги, растерянности, но не панического страха. Может смотреть в лицо собеседнику, но зрительный контакт носит прерывистый характер: взгляд часто уплывает в сторону, затем снова возвращается к собеседнику. Мимика «угловата»: в ней нет оттенков, плавности, естественности переходов, порой она напоминает смену масок. Речь замедленна, интонация затухает к концу фразы.

Моторика. Неловкость моторики, угловатость, напряженность, скованность движений. Физическая утомляемость, вялость, легко сменяемое перевозбуждением. Трудности усвоения моторных навыков.

Эмоциональное развитие, коммуникация. Повышенная привязанность к матери и эмоциональная зависимость от взрослого. Постоянно контролируют и требуют присутствия матери рядом, проявляют выраженную тревогу при разлуке. Требуется постоянная эмоциональная поддержка, одобрение. Выраженная реакция на неудачу, критику – легко тормозятся, теряются, отказываются от продолжения деятельности.;

Речевое развитие Замедленное восприятие обращенной речи. Плохое понимание развернутой инструкции. Речь - бедна, смазанна, аграмматична.

Умственное развитие Малая понятливость в простейших социальных ситуациях. Проявления отдельных способностей, связанные обычно с невербальной сферой: музыкой или конструированием. Негрубая общая задержка психического развития

Специфические (клинические) проявления

Негативизм. Проявляется только в кругу семьи в виде нежелания что-либо сделать, обучиться чему-нибудь

Аутистимуляции. В раннем детстве стереотипные действия, которые не носили стойкого и изощренного характера.

Страхи: стойкость, причудливость страхов

Отмечается: чувствительность к перемене обстановки и стремление к ее постоянству. Поведение негибкое, однообразное. Экстремальная зависимость от эмоциональной поддержки, постоянного подтверждения того, что все в порядке.

**Диагностические критерии
первой группы детского аутизма**

1. Безразличны к окружающим (взрослым и детям). Не откликаются на просьбы, на имя, мимику, жесты и ничего не просят сами. Могут не сопротивляться телесному контакту с незнакомыми людьми.
2. Ограниченное использование контакта с окружающими для своих нужд: механическое использование руки взрослого, обращение к нему для получения стимуляции, приятных телесных ощущений.
3. Отсутствие зрительного контакта (взгляд «мимо»- не фиксируется на человеке, а плавно ускользает, пользуется периферическим «боковым» зрением).
4. Полевое поведение - бесцельная двигательная активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть или убежать, брать попавшие в поле зрения предметы или застывают, ложатся на пол, созерцая что-либо и затем продолжают собственное движение.
5. Пассивная аутостимуляция – стремление получать зрительные, вестибулярные, телесные ощущения (любит, чтобы его кружили, тормошили, подбрасывали)
6. Отсутствие моторных стереотипий.
7. Ловкость, координированность, даже грациозность движений.
8. Невозможность научить произвольным действиям, трудности обучения социальным навыкам (опрятности, самообслуживания, выполнения правил поведения).
9. Проявляет интерес и сообразительность в выполнении заданий на соотнесение (группировке) форм, цвета, величины, выстраивании предметов в ряды, но не выполняет заданий, требующих поэтапного выполнения с ориентировкой на образец и соблюдением условий.
10. Мутизм (отсутствие речи). Иногда могут проявлять понимание речи, произнести слова и даже фразы без коммуникативной направленности.

11. Отсутствие предметной и игровой деятельности.
12. Задержанное умственное развитие с избирательным проявлением способностей в отдельных областях (группировке по цвету, форме, величине).
13. Нарушения чувства самосохранения (отсутствие страха высоты, темноты, стремление выбежать на проезжую часть улицы, убежать на прогулке).
14. Снижение или извращение чувствительности – снижение реакции на голод, боль, холод, стремление есть несъедобное.

Диагностические критерии 2 группы детского аутизма

1. Проявляют активность в общении с близкими, но в рамках стереотипа ежедневного поведения. Могут отвлекаться на имя, выполнять требования взрослых, если они не выходят за рамки ритуала, ограниченно использовать речь и некоторые жесты.
2. Активное избегание глазного и других видов контакта с незнакомыми людьми, при их попытке – активное сопротивление, крики, агрессия, самоагрессия.
3. Избирательный интерес к детям. Страх детей. Агрессивность к детям.
4. Симбиотическая привязанность к матери. (с возрастом уменьшается, но всегда сохраняется).
5. Требование неизменности окружающей среды (приверженность привычным деталям окружающего, в еде, одежде, усвоенному режиму и т.д.). Болезненная (патологическая) реакция на его изменение.
6. Моторные стереотипии их причудливый и изощренный характер, поглощенность ими.
7. Скованность механистичность в движениях. Плохая координация действий рук и ног Бытовые навыки усваиваются с трудом, но прочно.
8. Эхохалии, палилалии, речевые стереотипии и штампы, неправильное использование личных местоимений. Речь напряженная, скандированная, со своеобразным интонированием. Проявления языковой одаренности, неологизмы, словотворчество.
9. Наряду с игрой с неигровыми предметами, могут быть имитационные, предметные и процессуально-игровые действия, но всегда стереотипные. Парадоксальность в использовании игровых предметов. Игры-перевоплощения.

10. Способности к различению и знание цветов (оттенков), форм, знаков (букв, цифр и др), ориентировке в пространстве. Хорошая механическая память.
11. Неспособность самостоятельно осмыслить и установить причинно-следственные связи. Формальное усвоение знаний, умений, навыков. Использование их только в известной ситуации.
12. Разнообразие и причудливость страхов. Легкость образования и длительная фиксация на них.
13. Агрессия и самоагрессия легкость их возникновения в аффекте (как реакция протеста против изменений в сложившемся стереотипе).
14. Влечения. Возможны попытки вцепиться в волосы, раздирание рук, онанизм, обнюхивание, извлечение разнообразных оральных ощущений.

Диагностические критерии 3 группы детского аутизма

1. В вербальный и зрительный контакт вступает без особых трудностей, но не учитывает присутствие собеседника, не реагирует на его реакции и обращения.
2. Экстремальная конфликтность поведения, негативизм, упрямство, стремление делать назло.
3. Наряду с проявлениями повышенной привязанности к близким-стремление полностью доминировать в отношениях, жестко их контролировать, диктовать свою волю.
4. Стереотипные аутистические фантазии, интересы, увлечения (их сверхценный характер для ребенка).
5. Монологическая богатая «книжная» речь; много штампов, оборотов, цитат в малоизмененной форме.
6. Говорит неразборчиво, без интонационных пауз, монотонно, быстро, захлебываясь, глотая звуки и части слов.
7. Трудности эмоционального контакта: не в состоянии понять чувства людей, откликнуться на их непосредственную реакцию, уступить им, пожалеть.
8. Трудно выразить свои нужды, сформулировать намерения, сообщить впечатления.
9. Высокое раннее речевое развитие, хорошая память и ускоренное интеллектуальное развитие. Раннее проявление интереса к «интеллектуальным» занятиям

10. Асинхронность развития мышления; диссоциация между отдельными его сторонами: высокие достижения в отдельных абстрактных знаниях и выраженная ограниченность, выхолощенность в социальном понимании происходящего. Часто не чувствуют подтекста ситуации, проявляют большую социальную наивность.
11. Общая и ручная моторная неловкость, трудности обучения моторным навыкам.
12. Наличие немотивированных страхов.
13. Агрессия, чаще вербальная. Напряженность и изоэтрность его агрессивных переживаний.
14. Стремление действовать в строгом соответствии с выработанным планом. Если реализация его плана воздействия на среду и людей нарушается, это может привести к деструктивному срыву в поведении.

Диагностические критерии 4 группы детского аутизма

1. Контакт, в том числе вербальный, поддерживает, но трудности организации общения и взаимодействия.
2. Повышенная чувствительность и тормозимость в контактах.
3. Робость, пугливость, постоянная тревожность.
4. Чувствительность к перемене обстановки и стремление к ее постоянству;
5. Потребность в постоянном внимании, эмоциональной поддержке и одобрении со стороны взрослых.
6. Повышенная привязанность к матери;
7. Негрубая задержка моторного развития, моторная неловкость медлительность.
8. Замедленное восприятие обращенной речи. (плохо понимает развернутую инструкцию). Речь связная, но нередко бедна, смазанна, аграмматична.
9. Задержка умственного развития. Малая понятливость в простейших социальных ситуациях; проявления отдельных способностей, связанные обычно с невербальной сферой: музыкой или конструированием.
10. Застревание на одном и том же действии, игре.
11. При целенаправленном взаимодействии быстрая пресыщаемость и утомляемость.

12. Трудно чему-либо целенаправленно научить (вмешаться) – настойчиво предпочитает до всего доходить сам.
13. Упрямство, негативизм проявляется только в кругу семьи.
14. Стойкость, причудливость страхов

Заключение психолога (структура)

I 1. Особенности вступления в контакт

Отношение к окружающим, реакция на незнакомые лица, их обращение к нему, особенности контакта (глазной, тактильный, эмоциональный, игровой), наличие и разнообразие используемых средств общения

2. Активность ребенка

- наличие интереса к окружающему, предметам, игрушкам, к предлагаемым заданиям, к взаимодействию с окружающими.
- устойчивость, стойкость интереса или его кратковременность

3. Характер эмоциональных реакций

- адекватность происходящему;
- живость, выразительность, разнообразие;
- дифференцированность и мотивированность.

4. Фон настроения (при необходимости)

Повышенный (эйфоричный), подавленный, тревожный и др.

5. Особенности психической деятельности и поведения

- гиперактивность, полевое поведение или пассивность, заторможенность, повышенная отвлекаемость, пресыщаемость,
- насколько активно и свободно перемещается по пространству,
- особенности общей и мелкой моторики (наличие и характер двигательных и других стереотипий)
- внешние особенности речи: эхолалии, речевые штампы, нарушения просодики

6. Особенности предметной, игровой и учебной деятельности

7. Особенности познавательной деятельности – (по результатам выполнения методик)

- характеристика операционной, динамической, мотивационной сторон умств. деятельности, критичности мышления
- обучаемость, способность к логическому переносу.
-

II Описание ведущего нарушения

- особенности и нарушения общения с близкими и незнакомыми людьми, с детьми;

- трудности и нарушения социального взаимодействия, социальной адаптации;
- способы и характер аутистической защиты и компенсации (стереотипные формы деятельности), различные психопатологические проявления

Резюме (выводы).

Логопедическая карта обследования аутичного ребенка

Доречевое и раннее речевое развитие:

1. Сроки появления и особенности гуления, лепета, понимания речи, первых слов, фраз

2. Особенности раннего речевого развития:

- своевременное появление первых слов и фраз с последующей их утратой в 1,5-2года;

- появление первыми в речевом развитии необычных, нетипичных для данного возраста слов;

- отсутствие реакции на обращенную речь

- произнесение слов, фраз без коммуникативной направленности

Характеристика состояния речи:

1. Понимание речи (ситуативный, предикативный, расчлененный).

Понимание обращенной речи:

- реагирует только на запреты

- выполняет отдельные просьбы

- обнаруживает понимание не обращенной к нему речи

- трудности понимания речи в диалоге, непривычной ситуации

- трудности понимания контекстной речи, особенно эмоционального и социального смысла, причинно-следственных связей в тексте.

2. Собственная речь или неречевые звуки и вокализации

Уровень пользования речью в общении

- мутизм (отсутствие речи при возможностях ее понимать и произносить)

- эпизодичное использование речи для удовлетворения личных желаний

- ограниченное использование отдельных слов и фраз

- нарушения и трудности диалогической речи

- нарушения и трудности связных развернутых высказываний

Уровень сформированности речевых средств

- отдельные вокализации, крики, звукосочетания, щебет, бормотание и т.д.

- звукоподражания и слова (предметы действия, признаки)

- фразы

- связная речь

Специфические особенности речи

- эхолалии: непосредственные, отставленные

- палилалии – постоянное повторения слов и предложений, часто не имеющих никакого значения и коммуникативной направленности;

- автономность речи (говорит на своем «языке»)
 - использование слов-штампов, фраз-штампов, цитат
 - своеобразное интонирование, повышение и затухание голоса и пр.
 - неправильное использование личных местоимений
 - использование глаголов в инфинитиве, повелительном наклонении
3. Формирование всех компонентов речи: фонетико-фонематической стороны, лексического состава, грамматического строя, фразовой и связной речи, письма и чтения.

Методические рекомендации по определению детей с аутизмом в организации образования.
(Приказ МОиН №4-02-4/1435 от 28 мая 2010г.)

1. Настоящие рекомендации предусматривают определение детей с **аутизмом** для охвата обучением в организации образования.
2. Детский аутизм - это нарушение психологического развития проявляющееся врожденными нарушениями или трудностями общения, социального взаимодействия и стереотипными формами поведения.
3. Возможности к обучению в организациях образования и социальная адаптация детей с аутизмом могут существенно различаться в зависимости от степени выраженности аутизма. У детей с легкой формой аутизма обучаемость и социальная адаптация могут быть более высокими, чем у детей с тяжелым аутизмом. Своеобразие и особенности психического развития при различных вариантах аутизма у детей обнаруживают разные возможности и прогноз их обучения по программам общих и специальных организаций образования.
4. Дети с аутизмом в зависимости от интеллектуальных возможностей и поведенческих особенностей могут обучаться и воспитываться как по программам общеобразовательных, так и специальных (коррекционных) организаций образования. Аутичные дети, способные усваивать образовательные стандарты, но имеющие выраженные поведенческие (психопатоподобные) нарушения, обучаются на дому. Дети, у которых аутизм сочетается с тяжелыми интеллектуальными и коммуникативными нарушениями получают психолого-педагогическую помощь только в кабинетах психолого-педагогической коррекции и реабилитационных центрах, а также организациях социальной защиты населения.
5. Определение аутичных детей в общеобразовательные (инклюзивные) и специальные (коррекционные) организации образования проводится на основе комплексного обследования их в психолого-медико-педагогических консультациях. В результате обследования выявляются уровень и особенности психического развития ребенка, его возможности к овладению того или иного типа образовательной программы, определяются адекватные условия обучения и воспитания (тип, вид образовательной организации).

Характеристика детей с аутизмом и оценка их возможностей в обучении

6. Диагностика детского аутизма осуществляется в соответствии с диагностическими критериями аутизма Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). К ним относятся:

1) проявления аномального развития в возрасте до 3-х лет;

2) качественные нарушения социального взаимодействия:

- отсутствие, слабость или трудности поддержания зрительного контакта;

- отсутствие или ограниченное использование мимики, жестов, странное положение тела, выражение лица (отрешенное или напряженное);

- безразличное отношение к окружающим, к их эмоциональным и речевым обращениям, в том числе на имя, сопротивление попыткам привлечь к совместному эмоциональному общению, игре, обучению, выполнению социальных навыков (опрятности, самообслуживания);

- отсутствие или значительно сниженная способность к установлению (адекватным для умственного развития способом и несмотря на наличие необходимой возможности) социальных отношений с людьми;

- отсутствие или ограниченные (социально неадекватные) контакты с детьми; неспособность к совместной ролевой игре со сверстниками;

3) качественные нарушения коммуникации (речевого общения):

- задержка или полное отсутствие речи, не сопровождающееся попыткой компенсировать это альтернативными способами коммуникации, такими как жесты, мимика и другие;

- неспособность начать или поддержать разговор (вне зависимости от наличия речевых навыков), неспособность обмениваться репликами при общении с другими людьми;

- стереотипное и повторяющееся использование языка - эхолалии, штампы, цитирование, употребление слов и фраз в неизменной форме; отсутствие личных местоимений и другие;

- аномалии в высоте тона голоса, ударения, скорости, ритме и интонации речи;

4) ограниченные, повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и действий:

- стереотипные и повторяющиеся движения: бесцельная двигательная активность, движения рук, ног, тела (вертлявость, хлопанье, взмахи, бег по кругу, вращение вокруг себя, действия с предметами и прочее);

- настойчивое требование соблюдения специфических, не функциональных ритуалов и заведенного установившегося порядка;

- стереотипные и повторяющиеся игры, занятия и интересы;

- захваченность и всепоглощенность стереотипными и ограниченными интересами;

5) клиническая и психологическая картина не соответствует другим нарушениям психического развития: нарушениям слуха, речи (сенсорная алалия), реактивному нарушению привязанности или расторможенному нарушению привязанности, которые сопровождаются вторичными социоэмоциональными проблемами, умственной отсталостью с эмоциональным/поведенческим нарушением, шизофренией с необычно ранним началом и синдромом Ретта.

Примечание: При установлении диагноза «детский аутизм» необходимо руководствоваться диагностическими критериями в полной версии МКБ-10, а также критериями классификации К.С.Лебединской и О.С.Никольской.

7. Помимо классического детского аутизма выделяется широкий спектр расстройств аутистического круга (аутистические проявления, аутистические синдромы, расстройства аутистического спектра, атипичный аутизм, парааутистические расстройства) органического, обменного, хромосомного и психогенного происхождения, которые имеют характеристики, сходные с основным синдромом, но без полного набора критериев детского аутизма. Дети с этими нарушениями требуют аналогичного подхода при проведении диагностического обследования и оказании коррекционной помощи.

Вышеперечисленные симптомы детского аутизма могут проявляться в различной степени выраженности. Дети с аутизмом - это, разнородная по особенностям, уровню и возможностям психического развития, категория детей с ограниченными возможностями. В классификации К.С.Лебединской и О.С.Никольской выделяются четыре группы детей с аутизмом.

Первая группа детей с аутизмом отличается отсутствием речи, полевым поведением, почти полным отрешением от мира. Отмечается задержанное умственное развитие с избирательным проявлением способностей в отдельных областях (группировке по цвету, форме, величине). Наблюдается мутизм (отсутствие речи при способности говорить), но внутренняя речь может существовать и развиваться. Дети могут проявлять понимание речи, иногда произносить слова и фразы. Прогноз этой группы детей может быть различным.

При оказании ранней коррекционной помощи у большинства детей отмечается положительная динамика в психоречевом и социально-коммуникативном развитии, достаточная для обучения и воспитания их в

общеобразовательных или специальных (коррекционных) организациях образования.

Вторая группа детей уже вступают во взаимодействие с окружающими, но характеризуется неприятием контактов и изменений, которые не нравятся ребенку, Протест может выражаться в агрессивных действиях к окружающим или самим себе. Типично большое количество двигательных стереотипии, разнообразных страхов. Отмечается активное стремление к сохранению постоянства окружающей среды, коммуникативных и речевых форм. Речь -фразовая, но стереотипная; имеются значительные трудности использования речевых средств в общении, социальном взаимодействии. Выражено различие вербального и невербального интеллекта; невербальный может быть в норме, в то время как вербальный значительно снижен. Характерны трудности самостоятельного осмысления социального смысла и установление причинно-следственных связей; формальное усвоение знаний, умений, навыков с использованием их в стереотипной форме. При проведении своевременной коррекционной работы возможна существенная динамика в продвижении этих детей. Дети этой группы чаще всего способны к обучению по программам общеобразовательных организаций или для детей с задержкой психического развития и нарушениями речи.

Третья группа. Проблемы развития этих детей проявляются, прежде всего, в поведении, общении и социальном взаимодействии. Дети этой группы отличаются чрезмерной поглощенностью одними и теми же занятиями и интересами. Им не нужна обратная связь, они редко заботятся о том, чтобы быть понятым. Они не умеют приспособить свои потребности к меняющимся обстоятельствам, что, чаще всего, проявляется экстремальной конфликтностью поведения, негативизмом, упрямством, стремление делать назло. Отмечается раннее речевое и ускоренное интеллектуальное развитие, хорошая память. Раннее проявление интереса к «интеллектуальным» занятиям. Высокие достижения в отдельных абстрактных знаниях сочетается с трудностями социального понимания происходящего. Дети часто не чувствуют подтекста-ситуации, проявляют большую социальную наивность.

Дети этой группы, как правило, не испытывают затруднений в усвоении образовательных программ, но требуют индивидуального подхода в обучении и воспитании и нуждаются в психологической помощи с целью преодоления трудностей общения и социального взаимодействия.

У детей *четвертой группы* аутизм выражен в наиболее легкой форме и проявляется лишь трудностями организации общения и

взаимодействия. Дети этой группы отличаются повышенной чувствительностью и заторможенностью в контактах. Их проблемы особенно проявляются при реальном взаимодействии с посторонними людьми, при попытках организовать сложные взаимодействия. Отрицательная оценка со стороны взрослых или детей вызывает страх несостоятельности, тревожность, отказ от дальнейшего социального развития. У детей нередко наблюдается задержка умственного и речевого развития. Характерно замедленное восприятие обращенной речи. Речь связная, но нередко бедна, смазанная, аграмматичная. Отмечаются малая понятливость в простейших социальных ситуациях; проявления отдельных способностей, связанные обычно с невербальной сферой: музыкой или конструированием. При целенаправленном взаимодействии и обучении часто выявляется быстрая пресыщаемость и утомляемость.

Дети четвертой группы имеют наилучший прогноз по сравнению с детьми предыдущих групп. При оказании психолого-педагогической помощи с раннего возраста, дети способны обучаться в общеобразовательных школах. При контактах с таким ребенком требуется индивидуальный подход: эмоционально поддерживать (часто хвалить) ребенка, не торопить при выполнении устных и письменных заданий, повторно объяснять свои инструкции и требования, если ребенок их не понял, избегать отрицательной оценки деятельности ребенка повышенным тоном, публично и прочим.

Определение детей с аутизмом в общеобразовательные и специальные (коррекционные) организации образования

8. Показанием к определению детей с аутизмом в общеобразовательные организации образования (детские сады и школы) является детский аутизм легкой степени выраженности (3 и 4 групп) с достаточным уровнем умственного, речевого и социально-коммуникативного развития, не препятствующий усвоению общеобразовательной программы и выполнению общепринятых норм поведения в коллективе.

Примечание. Эти дети поступают в школу или детский сад на общих основаниях: (без сообщения заключения ПМПК «детский аутизм»). Родителям предлагаются рекомендации по проведению психокоррекционной работы с ребенком в условиях кабинетов психолого-педагогической коррекции, реабилитационных центров или школы и детского сада (дошкольный или школьный психолог проводит коррекционную работу по запросу родителей в связи с трудностями общения и социального взаимодействия у ребенка).

9. Показанием к определению детей с аутизмом в инклюзивные организации дошкольного образования (массовые детские сады), а также в детские сады и группы для детей с задержкой психического развития является детский аутизм умеренной степени выраженности - дети 1 и 2 группы, которые могут быть организованы в рамках общего режима в детском саду: самостоятельное, ограниченное или пассивное выполнение с помощью взрослого навыков опрятности, самообслуживания, некоторых норм поведения.

10. Показанием к определению детей с аутизмом в школьные общеобразовательные инклюзивные организации образования (общеобразовательные (массовые) школы) является детский аутизм умеренной степени выраженности (2 и 4 группы), при котором уровень интеллектуального, речевого и социально-коммуникативного развития достаточен для самостоятельного (или с организующей и индивидуальной помощью) усвоения программы общеобразовательной школы, выполнения правил поведения на уроках и требований учителя.

11. Показания к определению детей с аутизмом в специальные (коррекционные) организации образования.

В зависимости от уровня интеллектуального и речевого развития дети с аутизмом могут получать образовательные услуги в различных видах организаций специального образования:

1) дети с различной степенью выраженности аутизма (1-4 групп), имеющие общую и специфическую задержку психического развития, получают образовательные услуги в дошкольных и школьных специальных (коррекционных) организациях образования для детей с задержкой психического развития;

2) дети с различной степенью выраженности аутизма (1- 4 групп), имеющие нарушения речи, получают образовательные услуги в дошкольных и школьных специальных (коррекционных) организациях образования для детей с нарушениями речи. Эти дети имеют выраженные трудности в понимании и гибком использовании речи в общении и социальном взаимодействии;

3) дети с различной степенью выраженности аутизма (1-4 групп), интеллектуальная недостаточность при котором может быть приравнена к легкой или умеренной умственной отсталости, получают образовательные услуги в дошкольных и школьных специальных (коррекционных) организациях образования для детей с нарушением интеллекта (умственной отсталостью);

4) дети с различной степенью выраженности аутизма, интеллектуальная недостаточность при котором может быть приравнена к

тяжелой или глубокой умственной отсталости получают образовательные услуги в кабинетах психолого-педагогической коррекции, реабилитационных центрах, организациях социальной защиты.

12. Противопоказаниями к определению детей с аутизмом в общие и специальные (коррекционные) организации образования являются:

1) аутизм в рамках текущего (процессуального) психического заболевания (шизофрении), при котором наблюдаются другие тяжелые нервно-психические нарушения, психопатоподобные расстройства, препятствующие пребыванию ребенка в детском коллективе;

2) частые судорожные припадки;

3) стойкий энурез и энкопрез (для интернатных организаций).

Примечание: Дети, страдающие указанными заболеваниями (1), в зависимости от состояния, периодически направляются для печения в центры психического здоровья, При длительной ремиссии и улучшении состояния эти дети могут получать образовательные услуги в организациях образования или обучаться на дому. Заключение о возможности посещения ребенком организации образования или необходимости его обучения на дому пре доставляет центр психического здоровья.

Порядок организации и условия обучения аутичных детей в общеобразовательных и специальных (коррекционных) организациях образования

13. С учетом интересов родителей (законных представителей) и наличия контингента в общеобразовательных и специальных (коррекционных) дошкольных и школьных организациях образования для аутичных детей могут быть открыты:

- классы (группы) с совместным пребыванием с другими детьми, где в одном классе (группе) могут обучаться не более двух детей с аутизмом;
- специальные классы (группы) с наполняемостью не более 6 детей с аутизмом.

Примечание: пребывание детей с аутизмом в отдельных классах (группах) в общеобразовательных и специальных организаций (за исключением случаев с тяжелым аутизмом) должно быть временным - на период времени, необходимый для усвоения детьми элементарных навыков общения и норм поведения в детском коллективе (период адаптации).

14. Обучение аутичных детей в общеобразовательных или специальных (коррекционных) детских садах или школах осуществляется

с учетом их индивидуальных особенностей. Индивидуальный подход реализуется в вариативном и гибком изучении образовательной программы, применении индивидуальных методов и приемов воспитания и обучения аутичных детей.

15. Допускается в период адаптации (испытательный срок - с начала обучения в течении 2-4 месяцев) ограниченное использование аутичным ребенком речевых и иных средств общения, избирательное (неполное) выполнение ребенком требований учителя и усвоение программы, проявления полевого поведения, стереотипных форм поведения и дезадаптивных реакций (крик, плач, неадекватный смех и прочее). В случае сохранения выраженных трудностей обучения и поведения после испытательного срока, детский сад или школа направляет ребенка в ПМПК для решения вопроса условий его дальнейшего обучения.

Дети с аутизмом в общеобразовательных и специальных (коррекционных) организациях образования обеспечиваются психолого-педагогической коррекционной поддержкой (сопровождением), которая осуществляется психологом, специальным и социальным педагогами дошкольной и школьной организации, а также психолого-педагогическим консилиумом организации образования, (специальным педагогом - если в общеобразовательном детском саду находится - 6, а в школе - 10 и свыше детей с аутизмом или других детей с ограниченными возможностями). В других случаях психолого-педагогическая помощь и сопровождение аутичного ребенка осуществляется вне общеобразовательной организации – в кабинетах психолого-педагогической коррекции, реабилитационных центрах и других организаций специального образования.

Если в процессе обучения аутичного ребенка возникает необходимость перевода ребенка в другие специальные (коррекционные) или общеобразовательные организации образования, детский сад или школа (психолого-педагогический консилиум) обязаны оформить документы и соответствующее представление (заключение консилиума) для его повторного обследования в ПМПК.

*Департамент
дошкольного и среднего образования
Национальный научно-практический центр
коррекционной педагогики*

Литература

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. -М.: Медицина -1999.
2. Гилберт К., Питерс Т. Аутизм: Медицинское и педагогическое воздействие: Книга для педагогов-дефектологов - М.ВЛАДОС.- 2003.
3. Каган В. Е. Аутизм у детей.- М.: Медицина, 1981.
4. Лебединский В. В., Никольская О. С. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция.- М.: МГУ- 1990.
5. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма.- М.: Просвещение - 1991.
6. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию.- Спб.: ИСПиП - 1997.
7. Никольская О. С., Баенская Е.Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок. Пути помощи.- М., Теренфив -1997.
8. Никольская О. С., Баенская Е.Р., Либлинг М. М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. - Теренфив – 2005.- (Особый ребенок).
9. Никольская О. Фомина Т., Цыпотан С. Ребенок с аутизмом в обычной школе - М.: Чистые пруды, 2006.
10. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст)- М.:Теревинф, 2007.

Содержание

Введение	
Определение детского аутизма	
Этиология и патогенез аутизма	
Механизмы формирования синдрома детского аутизма	
Основные проявления детского аутизма	
Классификация детского аутизма	
Особенности психического развития аутичного ребенка	
Диагностика детского аутизма в психолого-медико-педагогической консультации	
- организация диагностического обследования в ПМПК	
- неврологическое обследование	
- психиатрическое обследование	
- психологическое обследование	
- логопедическое обследование	
- педагогическое обследование	
Оценка нарушений психического развития при аутизме.	
Медицинский и психолого-педагогический диагнозы детского аутизма.	
Дифференциальная диагностика аутизма и других нарушений психического развития	
Консультирование семьи аутичного ребенка	
Приложения	
Литература.....	