

ЛЕПЕШЕВ Д.В.
ДОСКЕНОВА Д.А.
ОРАЗБАЕВА К.О.

Психолого-педагогическая поддержка детей с расстройствами
аутистического спектра: от психодиагностики до коррекционной работы

Учебное пособие



**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
НАО КОКШЕТАУСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. Ш. УАЛИХАНОВА
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ**

**ЛЕПЕШЕВ Д.В.
ДОСКЕНОВА Д.А.
ОРАЗБАЕВА К.О.**

**Психолого-педагогическая поддержка детей с расстройствами
аутистического спектра: от психодиагностики до коррекционной работы**

Учебное пособие

Кокшетау, 2026

УДК 376
ББК 74.3

Рекомендовано к использованию в организациях высшего и послевузовского образования Республики Казахстан в качестве учебного пособия для обучающихся направления подготовки кадров «031-Социальные науки» (Протокол заседания Учебно-методического объединения на базе НАО «Казахский национальный университет имени аль-Фараби» № 25-15-24 от 25.02.2026 г.).

Рецензенты:

Стукаленко Н.М. – доктор педагогических наук, профессор

Кукубаева А.Х. – доктор психологических наук, профессор

Аксакалова С.К. – кандидат психологических наук, ассоциированный профессор

Л48 Лепешев Д.В., Доскенова Д.А., Оразбаева К.О. «Психолого-педагогическая поддержка детей с расстройствами аутистического спектра: от психодиагностики до коррекционной работы». направление подготовки: 6В031 – Социальные науки: ОП «6В03101 – Психология»; 6В011 – Педагогика и психология: ОП «6В01101 – Педагогика и психология», ОП «6В01103 – Психология IP». Учебное пособие /**Лепешев Д.В., Доскенова Д.А., Оразбаева К.О.** – Кокшетау: КУ им. Ш. Уалиханова, 2026.-481 с.

Учебное пособие «**Психолого-педагогическая поддержка детей с расстройствами аутистического спектра: от психодиагностики до коррекционной работы**» направлено на расширение качества профессиональных знаний в области организации работы с детьми РАС, а также в представленном материале полностью представлены лекции, семинарские занятия, список использованных современных источников для усовершенствования теоретических знаний по поведенческой психотерапии в работе поведенческого психолога с детьми с расстройствами аутистического спектра.

В представленном пособии представлены базы практики и задания для самостоятельного оценивания качества знаний по теории в практике и сопровождению данной категории детей.



УДК 376
ББК 74.3

©«РИО КУ им. Ш. Уалиханова», 2026
©Лепешев Д.В., Доскенова Д.А., Оразбаева К.О., 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Список условных сокращений и аббревиатур	7
Введение	8
Модуль 1. Основы поведенческой психотерапии в практике психолога, работающего с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС)	11
1. Общая характеристика поведенческой терапии.	11
2. Теоретические основы поведенческой терапии. Классическое обусловливание. Инструментальное или оперантное обусловливание. Социальное научение.	17
3. Систематическая десенситизация. Когнитивное реструктурирование. Процедуры самоконтроля. Методы, основанные на угасании. Моделирование. Позитивное подкрепление. Техника вызывания отвращения. Наказание. Процедуры самоконтроля.	37
4. Применение поведенческой терапии: использование поведенческой терапии. Поведенческая коррекция детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Тактика поведенческой терапии. Приемы и техники поведенческой терапии в работе с детьми с РАС. Расстройства аутистического спектра в МКБ-10 (F84). Организация и проведение психологического обследования детей с РАС. Сложности диагностики детей с РАС и функциональные последствия	47
5. Поведенческие подходы в терапии расстройств аутистического спектра: факторы выбора коррекционного подхода, основные группы подходов, прикладной анализ поведения (АВА), обучение ключевым навыкам (PRT), программа TEACCH, эмоционально-уровневый и эмоционально-смысловой подходы, метод Tomatis, холдинг-терапия.	60
Модуль 2. Психофизиологические и возрастные особенности детей с расстройствами аутистического спектра (РАС)	78
1. Понятие и характеристика расстройств аутистического спектра.	78
2. Исторический контекст исследований РАС Определения и классификации Манифестация РАС Эпидемиология РАС	86
3. Причины развития аутизма. Психологические теории РАС Теория модели психического. Теория	92

	центральной когерентности. Теория исполнительных функций Теория социального познания Теория зеркальных нейронов. Нейробиологический подход этиологии аутизма	
4.	Этиология РАС. Генетическая архитектура РАС. Средовая архитектура РАС. Генно-средовая архитектура РАС. Особенности психофизиологического развития детей с РАС в онтогенезе Дизнейроонтогенез	99
5.	Атипичное развитие головного мозга и вызывающие РАС неврологические нарушения .Атипичное формирование извилин (гирификация). Атипичная активация и функциональная коннективность Биомаркеры	109
6.	Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения	114
7.	Структура базальной эмоциональной регуляции в норме и при патологии. Сравнительный анализ формирования соматосенсорных , праксических и гностических функций	133
8.	Определение сенсорно-перцептивного профиля ребенка с расстройствами аутистического спектра. Классификации расстройств аутистического спектра.	151
9.	Клиническая характеристика лиц с расстройствами аутистического спектра. Клинико-нозологическая характеристика лиц с расстройствами аутистического спектра .	159
10.	Методы исследования детей с аутистическими расстройствами.	167
11.	Роль биологических факторов в формировании расстройств аутистического спектра Конституциональные и наследственные факторы возникновения расстройств аутистического спектра .Значение микросоциальных факторов для формирования расстройств аутистического спектра	172
Модуль 3. Психодиагностическая работа с детьми с РАС		183
1	Структура и содержание психодиагностической работы с детьми с расстройствами аутистического спектра. Цели. Задачи.	183
2	Основные подходы, методы и технологии психодиагностики детей с РАС. Субъекты	187

	обследования	
3	Ранний скрининг детей с РАС.Выявление группы риска.	201
4	Диагностика РАС: постановка и уточнение диагноза. Дифференциальная диагностика РАС с другими заболеваниями	210
5	Диагностика детского аутизма в психолого-медико-педагогической консультации.	224
6	Методики психологической диагностики РАС	228
7	Методы прикладного анализа поведения детей с РАС.	233
8	Особенности восприятия и усвоения пространственно-временных характеристик окружающего	239
9	Профессионально-этические нормативы в психодиагностике.	245
Модуль 4 Коррекционно-развивающая работа поведенческого психолога с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС)		257
1	Теоретико-методологические основы коррекционно-развивающей работы. Организация и планирование работы на диагностической основе.	257
2	Клинико-психологическая характеристика детей с РАС. Психолого-педагогическая систематизация детей с аутизмом.	263
3	Основные подходы к коррекции РАС: структурно-уровневый, эмоционально-уровневый и другие подходы. Факторы выбора коррекционной стратегии.	271
4	Оперантное обучение и развитие сенсорной интеграции детей с РАС.	286
5	Основные и вспомогательные методы коррекции детей с РАС.	299
6	Развитие коммуникативных и социальных компетенций. Коррекция проблемного поведения.	305
7	Развитие предметно-манипулятивной деятельности. Развитие общей и тонкой моторики.	313
8	Развитие когнитивных процессов: внимания, памяти, мышления и речи.	323
9	Формирование навыков самообслуживания: питание, гигиена, культура поведения за столом	334
10	Работа с семьей ребенка с РАС: психологическая поддержка и вовлечение в коррекционный процесс.	343

11	Разработка индивидуальной образовательной программы (ИОП) для детей с РАС.	351
Модуль 5. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в организациях образования		365
1	Психолого-педагогическая характеристика детей с РАС в условиях инклюзивного образования.	365
2	Научно обоснованные практики для работы с детьми с РАС	380
3	Средовые ресурсы обучения и воспитания детей с РАС.	387
4	Включение ученика с РАС в образовательный процесс и социальное взаимодействие	396
5	Комплексное сопровождение детей с РАС: теоретические и организационные аспекты.	409
6	Направления работы педагога-психолога: развитие социально-коммуникативных навыков и взаимодействия ребенка со взрослыми и сверстниками.	417
7	Диагностика в процессе комплексного сопровождения непрерывного образования.	426
8	Сопровождение педагогов, работающих с детьми с расстройствами аутистического спектра	430
9	Сопровождение родителей детей с расстройствами аутистического спектра в условиях непрерывного образования	437
	Учебные кейсы	451
	Заключение	455
	Глоссарий	457
	Список использованных источников	461
	Ответы на тесты самопроверки	468

Список условных сокращений и аббревиатур

ABA (Applied Behavior Analysis) – прикладной анализ поведения
ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) – шкала наблюдения для диагностики аутизма
ASD / РАС – расстройства аутистического спектра
БОС – базовая оперантная система (в контексте поведенческой терапии)
DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5-е издание (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам)
ICD-11 – *International Classification of Diseases*, 11-е пересмотренное издание (Международная классификация болезней)
ИОП – индивидуальная образовательная программа
КПП – коррекционно-педагогическая программа
МРТ – магнитно-резонансная томография
ОО – оперантное обусловливание
ПМПК – психолого-медико-педагогическая консультация
ППС – психолого-педагогическое сопровождение
ПЭВ – первичная эвристическая версия (в диагностике)
РАС – расстройства аутистического спектра
РДК – развитие детского когнитивного (мышления, памяти, внимания) профиля
СДВГ – синдром дефицита внимания и гиперактивности
СДА – синдром детского аутизма
СДУ – сенсорная дезинтеграция у детей
ЦНС – центральная нервная система
СПП – сенсорно-перцептивный профиль
ТЕАССН (ТЕАССН) – система терапии и обучения детей с аутизмом и нарушениями коммуникации (*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*)
ТЗ – техническое задание
ЭУТ – эмоционально-уровневая терапия

Введение.

Современная система образования Республики Казахстан ориентирована на обеспечение равного доступа к качественному обучению всех категорий обучающихся, включая детей с особыми образовательными потребностями. Одной из наиболее сложных и актуальных категорий обучающихся являются дети с расстройствами аутистического спектра (РАС), чьи особенности развития требуют специализированных подходов к обучению, воспитанию и сопровождению. В этих условиях возрастает необходимость создания и внедрения научно обоснованной системы психолого-педагогической поддержки, способной обеспечить эффективную социализацию, обучение и развитие данной категории детей.

Актуальность и значимость темы учебной дисциплины обусловлены как научной, так и практической потребностью в комплексной подготовке специалистов, владеющих современными технологиями диагностики, коррекции и сопровождения детей с РАС. Практическая значимость курса заключается в том, что эффективная работа с детьми с аутизмом невозможна без глубокого понимания их психофизиологических, поведенческих и когнитивных особенностей. Научная и идеологическая значимость отражается в стремлении образовательной политики Республики Казахстан к построению инклюзивной среды, поддерживающей равные возможности и социальную интеграцию всех обучающихся.

Предметная характеристика учебной дисциплины:

а) **Теоретическая основа.** Целью учебной дисциплины является формирование у обучающихся целостного понимания психолого-педагогических механизмов поддержки детей с РАС, а также развитие профессиональных компетенций, необходимых для диагностики, коррекционной и развивающей работы. Объектом курса являются дети с расстройствами аутистического спектра, предметом — психолого-педагогические методы, технологии и средства сопровождения. Методологическую основу составляют интеграция поведенческой психотерапии, прикладного анализа поведения (АВА), когнитивно-поведенческих и развивающих подходов. Базовые категории: «аутизм», «инклюзия», «поведенческая терапия», «сенсорная интеграция», «социальная коммуникация», «диагностика» и др. Дисциплина занимает междисциплинарное положение на стыке психологии, педагогики, нейронаук и дефектологии, будучи частью общей системы педагогических и медицинских наук.

б) **Историческая перспектива.** Изучение аутизма началось в середине XX века с работ Л. Каннера и Г. Аспергера. С течением времени взгляды на природу РАС трансформировались: от психоаналитических моделей к нейробиологическим и когнитивно-поведенческим концепциям. Современные

исследования, включая работы Саймона Барона-Козна (теория «модели психического»), Юты Фрит (теория центральной когерентности), а также изучение зеркальных нейронов и сенсорной дезрегуляции, позволяют рассматривать РАС как многоуровневое нейropsychологическое нарушение. Развитие практики сопровождения шло параллельно: от изолированных медицинских подходов — к многофакторной системе психолого-педагогической поддержки. В Казахстане важный вклад в развитие инклюзивного образования и сопровождения детей с РАС внесли как отечественные исследователи, так и активное внедрение международного опыта в рамках реформирования образовательной системы.

в) Методологическая специфика. Изучение дисциплины требует опоры на знания, полученные в ходе освоения базовых курсов по общей, возрастной и специальной психологии, педагогике, анатомии и физиологии, а также дефектологии. Курс интегрирует данные из нейронаук, прикладной психологии, коррекционной педагогики и психотерапии. Освоение знаний в рамках пособия предполагает поэтапное изучение теоретических основ, затем — переход к психодиагностическим методикам, коррекционным практикам и стратегии сопровождения в образовательной среде. Особое внимание уделяется междисциплинарным связям: взаимодействию специалистов — педагогов, психологов, логопедов, дефектологов и социальных работников. Среди трудных, но ключевых тем — понимание этиологии РАС, разработка индивидуальных программ коррекции, работа с сенсорной дезрегуляцией и формирование социальных навыков. Эффективность освоения дисциплины обеспечивается применением кейсов, диагностических алгоритмов, техник поведенческой терапии, а также практико-ориентированных заданий.

Методика работы с учебным материалом. Для системного и глубокого освоения курса рекомендуется следующий подход:

1. последовательное изучение модулей, начиная с теоретических основ поведенческой терапии;
2. применение диагностических методик в учебной и практической деятельности;
3. работа с кейсами, практическими примерами и заданиями для самопроверки;
4. использование методических рекомендаций и таблиц, представленных в пособии;
5. анализ структур и алгоритмов сопровождения, предложенных в каждом модуле;
6. формирование индивидуальных и групповых проектов, направленных на разработку программ поддержки детей с РАС;
7. активное использование предложенного глоссария и научной литературы для расширения понятийного аппарата.

Представленное пособие имеет модульную структуру, охватывающую весь цикл сопровождения детей с РАС — от теоретических основ до практики взаимодействия в инклюзивной образовательной среде. Каждый модуль является логическим продолжением предыдущего, способствуя поэтапному формированию профессиональных компетенций. Структура изложения включает теоретические разделы, описание практик, рекомендации по организации работы, что обеспечивает удобство восприятия материала и его применение в профессиональной деятельности. Усвоение содержания будет наиболее эффективным при активном включении обучающихся в обсуждение, анализ и моделирование ситуаций сопровождения детей с РАС в образовательной среде. Настоящее пособие призвано стать как базой для профессиональной подготовки, так и практическим инструментом в деятельности специалистов инклюзивного образования.

Модуль 1. Основы поведенческой психотерапии в практике психолога, работающего с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Аннотация

Модуль раскрывает основы поведенческой психотерапии, используемой в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра. Представлены ключевые теоретические основания и практические методы, включая классическое и оперантное обусловливание, а также методики прикладного анализа поведения. Особое внимание уделено адаптации поведенческого подхода к нуждам детей с РАС и системам классификации поведенческих методов.

Ожидаемые результаты обучения

После изучения модуля обучающийся должен уметь:

- *Описывать основные теоретические положения поведенческой терапии.*
- *Объяснять ключевые механизмы обусловливания и научения.*
- *Применять принципы поведенческой терапии при работе с детьми с РАС.*
- *Сравнивать поведенческие подходы: АВА, РРТ, ТЕАССН, развивающий подход и др.*
- *Анализировать особенности организации обследования детей с РАС.*
- *Развитие коммуникации через конкретные цели с использованием АВА и поведенческих подходов.*
- *Регулирование поведения и уменьшение проблемных действий.*
- *Формирование социальных навыков.*
- *Улучшение навыков самообслуживания и повседневных умений.*
- *Прогресс в учебных навыках (увеличение скорости понимания и выполнения инструкций, увеличение продолжительности внимания, развитие когнитивных навыков).*

1. ЛЕКЦИЯ Общие характеристики поведенческой терапии

1.1. Общие характеристики поведенческой терапии

Поведенческая терапия имеет две ключевые особенности, которые отличают ее от других терапевтических подходов. Первая особенность: в основе поведенческой терапии лежит модель научения, которая существенно отличается от психодинамической модели психических заболеваний. Вторая особенность: строгое следование научному методу. Из этих двух основных положений вытекают следующие [1]:

1. Многие случаи патологического поведения, которые ранее воспринимались как болезни или их симптомы, с точки зрения поведенческой терапии, представляют собой непатологические "проблемы жизни", такие как тревожные реакции, сексуальные отклонения, и расстройства поведения.

2. Патологическое поведение в основном является приобретенным и поддерживается теми же механизмами, что и нормальное поведение. Его можно лечить с помощью поведенческих методик.

3. Поведенческая диагностика больше ориентируется на определение детерминант настоящего поведения, чем на анализ прошлого опыта. Отличительной чертой поведенческой диагностики является ее конкретность: человека можно лучше понять, оценив его поведение в конкретной ситуации.

4. Для лечения необходимо предварительно проанализировать проблему и выделить ее компоненты, которые затем подвергаются систематическому воздействию поведенческих процедур.

5. Лечебные стратегии разрабатываются индивидуально для каждой проблемы и каждого человека.

6. Понимание происхождения психологической проблемы (психогенеза) не обязательно для достижения поведенческих изменений; успех в изменении проблемного поведения не подразумевает знания его причин.

7. Поведенческая терапия основывается на научном подходе, что означает следующее: во-первых, она опирается на четкую концептуальную базу, которую можно экспериментально проверить; во-вторых, терапия согласуется с методами экспериментально-клинической психологии; в-третьих, используемые техники можно описать достаточно точно для их объективного измерения или повторения; в-четвертых, терапевтические методы и концепции поддаются экспериментальной оценке.

1.2. Цели поведенческой терапии

Поведенческая терапия направлена на достижение пациентом так называемого коррективного опыта научения. Этот опыт включает развитие новых навыков совладания, улучшение коммуникативных способностей, преодоление дезадаптивных стереотипов и разрешение деструктивных эмоциональных конфликтов. В современной поведенческой терапии такой коррективный опыт научения влечет за собой значительные изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах, а не ограничивается модификацией узкого спектра поведенческих реакций.

Коррективный опыт научения достигается через разнообразные поведенческие стратегии, реализуемые как во время сеансов, так и в перерывах между ними. Процесс научения тщательно структурируется. Одной из особенностей поведенческого подхода является высокая активность пациента в реальной жизни между терапевтическими сессиями. Пациентам предлагается, например, заниматься релаксационным тренингом, контролировать ежедневное потребление калорий, выполнять различные самоутверждающие действия, сталкиваться с тревожными ситуациями и воздерживаться от навязчивых ритуалов [2].

Однако поведенческая терапия не является односторонним процессом воздействия терапевта на пациента, направленным на изменение его убеждений и поведения. Она предполагает динамическое взаимодействие между терапевтом и пациентом, где ключевым фактором успеха является мотивация пациента. Сопротивление изменениям и недостаток мотивации часто приводят к неудачному лечению.

1.3. Идентификация и оценка проблемы

Поведенческую терапию начинают с выявления и понимания проблемы пациента. Терапевт стремится собрать полную информацию о расстройстве пациента, включая его начало, тяжесть и частоту проявлений. Важно выяснить, что пациент уже делал для преодоления проблемы, как он воспринимает свою ситуацию, и обращался ли он ранее к терапевтам. Для получения ответов на эти вопросы, которые могут быть сложными и вызывающими дискомфорт у пациента, терапевт сначала устанавливает отношения доверия и взаимопонимания. В этом процессе терапевт внимательно слушает и стремится к эмпатии.

Далее терапевт проводит функциональный анализ проблемы, чтобы определить специфические ситуационные и личностные факторы, которые поддерживают дезадаптивные мысли, чувства и поведение. Это внимание к текущим факторам не исключает учета прошлого опыта пациента, который важен только в той мере, в какой он влияет на текущие проблемы.

В поведенческом интервью терапевт редко использует вопросы типа "почему" (например, "почему вы боитесь находиться в толпе?"). Более полезными являются вопросы, начинающиеся с "как", "когда", "где" и "что", так как они помогают выявить личностные и ситуационные переменные, поддерживающие проблемы пациента в настоящий момент. Терапевт в основном полагается на самоотчеты пациента о его мыслях, фантазиях и чувствах, поскольку эти отчеты являются надежными индикаторами поведения.

Один из методов оценки реакций пациента в конкретных ситуациях - символическое воспроизведение проблемной ситуации. Вместо простого описания события пациенту предлагается вообразить, что оно происходит в настоящий момент. При этом пациент вербализует любые мысли, которые приходят на ум, что помогает выявить специфические мысли, связанные с определенными событиями.

Другой метод оценки реакций пациента - ролевая игра, когда пациент проигрывает ситуацию, а не просто описывает или представляет ее. Этот метод особенно эффективен для оценки межличностных проблем. Терапевт берет на себя роль человека, с которым связаны проблемы пациента, чтобы получить образец проблемного поведения, хотя условия могут быть немного искусственными. Если терапевт работает с супружеской парой, он может предложить обоим партнерам обсудить сложные вопросы, что позволяет

наблюдать и оценивать их межличностные навыки и способность решать конфликты.

Самоконтроль также является важным методом поведенческой оценки. Пациенты ведут детальные дневники, фиксируя специфические события или психологические реакции. Например, пациентам с избыточным весом предлагается отслеживать ежедневное потребление калорий, усилия по физической активности, а также отмечать условия, при которых происходят перекусы или переедание. Это помогает выявить поведенческие стереотипы, связанные с их проблемами.

Наблюдение за поведением пациента в естественных условиях - один из самых ценных методов оценки. Для этого разработаны специальные процедуры, которые применяются, например, в школах или клиниках, с детьми и госпитализированными пациентами. Родители, учителя и обслуживающий персонал обучаются наблюдению и проведению поведенческого анализа, а также тому, как изменить свое собственное поведение для коррекции проблемного поведения пациента [3].

Наконец, поведенческие терапевты используют психологическое тестирование, но не прибегают к стандартизированным психодиагностическим тестам, основанным на теории личностных черт. Такие тесты, как MMPI, могут предоставить общее представление о личности пациента, но не дают информации, необходимой для функционального анализа поведения или разработки терапевтической стратегии. Проективные тесты отвергаются из-за их основанности на психодинамической теории и отсутствия доказанной валидности. Далее приводятся наиболее распространенные техники поведенческой терапии.

1.4. Характерные черты поведенческой психотерапии

Современные тенденции в развитии поведенческой психотерапии демонстрируют нарастающее внимание к улучшению социальной компетентности клиента, расширению его поведенческого репертуара и устранению негативных или ошибочных мыслительных схем. Это направление больше носит гуманитарный характер, чем лечебный. Однако в этом отношении поведенческая психотерапия следует общей линии развития психотерапии как науки и практики.

В то же время существуют принципиальные отличия, которые позволяют считать поведенческую психотерапию самостоятельным видом и рассматривать ее отдельно в данной книге [4]:

Ориентированность на изменение поведения.

Одной из ключевых особенностей поведенческой психотерапии является ее акцент на обучении новым формам поведения, которые могут быть связаны с психологическими проблемами клиента. Это обучение может включать как устранение ошибочных форм поведения, так и их видоизменение. При этом

конкретные методы и способы обучения могут различаться, но главное – это направленность на изменение поведения.

Современная поведенческая психотерапия рассматривает поведение не только как внешнее проявление, но и как результат когнитивных и эмоциональных процессов. Например, избавление от страха общения с незнакомцами или боязни негативной оценки можно рассматривать как «терапию поведения», поскольку цель состоит в том, чтобы клиент научился уверенно общаться с незнакомыми людьми и спокойно реагировать на вопросы от статусных лиц.

Контроль процесса и результатов.

Еще одной отличительной чертой поведенческой психотерапии является четкий контроль за когнитивными, эмоциональными и поведенческими явлениями. Терапевт заранее определяет цели, по достижению которых судят об успехе терапии. Методы и принципы действий не скрываются от клиентов, и терапевт активно контролирует процесс и результаты лечения.

Опора на экспериментальные данные и теории.

Процесс психотерапии строится на основании экспериментальных данных о регуляции поведения и проверяется с использованием этих знаний. Поведенческая терапия стремится применять методы, которые прошли тщательную экспериментальную проверку и основаны на ясных теоретических концепциях.

Множественность техник и подходов.

Поведенческая психотерапия включает в себя множество технологий и методов, направленных на изменение или модификацию проблемного поведения клиента. Эти методы могут сильно различаться в зависимости от конкретных случаев. Терапевт выбирает наиболее подходящие техники из множества существующих, основываясь на характере поведенческих нарушений. Хотя существуют стандартизированные подходы для определенных состояний, таких как фобии, депрессия или алкоголизм, в каждом конкретном случае терапевт может использовать разные методы в зависимости от проблем клиента. Основное внимание уделяется процессам обучения и модификации поведения, с использованием приемов, служащих этим целям.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие ключевые характеристики присущи поведенческой терапии?
2. В чём заключаются основные цели поведенческой терапии?
3. Как трактуются понятия «идентификация» и «оценка проблемы» в рамках поведенческого подхода?
4. Какие особенности отличают поведенческую психотерапию от других направлений?

Темы Рефератов.

1. История возникновения и развития поведенческой психотерапии.

2. Базисные подходы поведенческой психотерапии.
3. Общие характеристики поведенческой психотерапии.
4. Методы поведенческой психотерапии.
5. Сферы применения поведенческой психотерапии.

Тест для самопроверки.

1. Какая из следующих особенностей отличает поведенческую терапию от других терапевтических подходов?
 - a) Сочетание когнитивной и психодинамической моделей
 - b) Использование модели научения вместо психодинамической модели
 - c) Применение исключительно медикаментозных методов
 - d) Основное внимание на анализе прошлого опыта пациента
 - e) Отказ от научного метода в пользу интуитивного подхода
2. Как поведенческая диагностика отличается от других подходов в своей методологии?
 - a) Анализирует исключительно прошлый опыт пациента
 - b) Сосредоточена на обобщенных закономерностях поведения
 - c) Ориентируется на конкретные детерминанты настоящего поведения
 - d) Игнорирует текущие поведенческие проявления пациента
 - e) Фокусируется на оценке поведения в конкретной ситуации
3. Какой аспект не является необходимым для успешного изменения поведения в поведенческой терапии?
 - a) Определение детерминант текущего поведения
 - b) Систематическое воздействие на поведенческие компоненты
 - c) Разработка индивидуальных лечебных стратегий
 - d) Понимание причин возникновения психологической проблемы
 - e) Четкое определение целей терапии
4. Что из перечисленного является одной из целей коррективного опыта научения в поведенческой терапии?
 - a) Снижение уровня тревожных реакций через медикаменты
 - b) Развитие новых навыков совладания и улучшение коммуникативных способностей
 - c) Устранение симптомов психических заболеваний без изменения поведения
 - d) Фокус на модификации ограниченного спектра поведенческих реакций
 - e) Постоянное изменение методов лечения в зависимости от настроения терапевта
5. Какой метод поведенческой терапии включает активное участие пациента между терапевтическими сессиями?
 - a) Релаксационный тренинг и контроль за потреблением калорий
 - b) Постоянное наблюдение за пациентом без его участия
 - c) Применение психоаналитических методов исключительно в сеансах
 - d) Использование только теоретических концепций без практических заданий

- е) Изменение убеждений пациента без конкретных заданий
- 6. Какой из следующих методов является частью научного подхода в поведенческой терапии?
 - а) Опора на интуитивные методы терапии
 - б) Применение проективных тестов для оценки психического состояния
 - с) Использование экспериментально проверенных методов и теоретических концепций
 - д) Игнорирование экспериментальных данных и тестирования методов
 - е) Зависимость от неконтролируемых факторов при проведении сеансов

2. ЛЕКЦИЯ. Теоретические основы поведенческой терапии. Классическое обусловливание. Инструментальное или оперантное обусловливание. Социальное научение.

2.1. Теоретические основы поведенческой терапии. Классическое обусловливание.

Современная методика поведенческой психотерапии не ограничивается применением основных принципов и методов классического и оперантного обусловливания для лечения клинических проблем. Различные подходы в этой терапии различаются в использовании когнитивных концепций и процедур. На одном полюсе континуума поведенческой терапии находится функциональный анализ поведения, который фокусируется исключительно на наблюдаемом поведении и игнорирует промежуточные когнитивные процессы. На другом полюсе находятся теория социального научения и когнитивная модификация поведения, которые включают когнитивные теории.

Поведенческая терапия, также известная как модификация поведения, представляет собой метод лечения, основанный на использовании принципов обучения для изменения как поведения, так и мышления. Различные типы обучения имеют важное значение для этой терапии [5]:

- 1) Классическое обусловливание.
- 2) Инструментальное, или оперантное, обусловливание.
- 3) Социальное научение.

Основы классического обусловливания были разработаны И. П. Павловым в начале XX века. В его экспериментах условный стимул, такой как звонок, сочетался с безусловным стимулом, например, кормлением собаки, что приводило к формированию условной реакции, например, выделения слюны при звонке.

Эксперимент Джона Б. Уотсона в 1918 году стал ярким примером классического обусловливания. Уотсон проводил исследования с детьми, демонстрируя, что учебный опыт в раннем детстве оказывает долгосрочное

влияние. Он изучал эмоции младенцев и интересовался возможностью формирования страховой реакции к объектам, которые ранее не вызывали страха.

В сотрудничестве с Розалией Рейнер в 1920 году Уотсон проверил возможность формирования страха у одиннадцатимесячного младенца к белым мышам, к которым ранее он не испытывал интереса. В эксперименте громкими звуками вызывали страх (например, стук молотка по железной полосе), а одновременно показывали белую мышку в качестве условного стимула. В результате младенец начал испытывать страх и плакать при виде белой мышки. Уотсон предположил, что многие страхи и тревожные состояния взрослых могут быть сформированы в раннем детстве аналогичным образом.

Пример. Молодая семья живет в тесной однокомнатной квартире и воспитывает ребенка. Отец часто занят и иногда приходит домой в нетрезвом состоянии. В таких случаях мать громко его ругает. Из-за ограниченного пространства квартиры ссоры происходят прямо у кровати малыша. Во время этих конфликтов ребенок начинает плакать, мать берет его на руки (иногда это бывает болезненно) и использует в споре как аргумент («зачем мы его тогда рожали?»). Со временем ребенок начинает плакать каждый раз, когда отец подходит к кровати и пытается его взять на руки, чтобы приласкать.

Уотсон заметил, что страх перед белыми мышами у ребенка легко распространился на другие объекты — белые листы бумаги, кролика, белую шубу, бороду Деда Мороза — и был удивительно стойким. В отличие от экспериментов Павлова с животными, где условные рефлексy со временем угасали, страх у ребенка оставался практически неизменным, даже если громкие звуки больше не использовались.

Условные страхи у человека характеризуются высокой стойкостью и легкостью переноса на похожие ситуации, что часто требует длительной терапии, о которой будет рассказано позже. Это связано с тем, что такие страхи легко распространяются на аналогичные ситуации, но угашение страхов, достигнутое в ходе терапии, не переносится на похожие условия.

Этот опыт также иллюстрирует феномен, открытый Павловым и называемый «генерализацией стимулов». Его суть в том, что если возникла условная реакция, то её могут вызвать стимулы, похожие на первоначальный. Уотсон показал, что ребенка можно научить бояться того, что раньше казалось безобидным, и этот страх будет распространяться на аналогичные объекты. Маленький Альберт стал бояться всех меховых игрушек. Уотсон сделал вывод, что дети могут научиться всему, включая фобии.

Ещё одно понятие, пришедшее из лаборатории Павлова и важное для поведенческой терапии, — это различение стимулов (или стимульная дискриминация). Этот процесс помогает людям отличать похожие стимулы друг от друга. Например, плач ребёнка становится условным стимулом для матери: её условная реакция может выражаться в том, что она просыпается от глубокого сна

при малейшем беспокойстве ребенка, но та же мать может продолжать крепко спать, если плачет чужой ребенок.

Также следует упомянуть ещё один феномен, открытый Павловым и используемый в поведенческой терапии. Условный стимул продолжает вызывать условную реакцию только в том случае, если периодически подкрепляется безусловным стимулом. Если условный стимул не сопровождается безусловным, сила условной реакции начинает снижаться. Постепенное исчезновение условной реакции вследствие устранения связи между условным и безусловным стимулами называется «угасанием».

Сравнительно недавние эксперименты показали, что если человек когда-либо научился бояться авторитарного начальника, то этот страх легко распространяется на милиционеров, преподавателей и сотрудников официальных учреждений. Если затем в процессе терапии его научат не бояться начальника, это не означает, что он перестанет бояться милиционеров, преподавателей и работников различных контор. Угашение комплексных, или генерализованных, страхов может быть сложным и трудоемким процессом.

В контексте случая с маленьким Альбертом стоит упомянуть эксперимент Мэри Ковер Джонс, которая попыталась устранить уже сформировавшийся у другого ребёнка страх перед белыми кроликами. Простого ежедневного предъявления белого кролика оказалось недостаточно — страх сам собой не угасал. Успех был достигнут, когда кролика приносили в помещение в моменты, когда Петер (так звали ребёнка) был абсолютно спокоен и ел. Кролика подносили на такое расстояние, чтобы Петер оставался спокойным. С каждым днем это расстояние постепенно уменьшали. В результате Петер привык к кролику, начал его трогать и играть с ним.

Позже эту процедуру в поведенческой психотерапии стали называть систематической десенсибилизацией, и сейчас она довольно популярна при терапии обусловленных страхов. Однако стоит отметить, что условный рефлекс у людей редко угасает полностью — время от времени он может снова проявляться, особенно при случайном совпадении условного и безусловного стимулов.

Интересно отметить, что со временем интерес к изучению условных рефлексов у человека в мировой психологии не угас. Периодически появляются новые исследования и факты, связанные с понятием второй сигнальной системы по Павлову. Павлов придавал большое значение речи и мышлению человека, которые могут замещать реальные стимулы в процессе обусловливания. В исследовании Рэзрена было показано, что условным раздражителем является не само звучание слова, а его смысл и значение. В своем оригинальном исследовании Рэзрен вырабатывал условную реакцию слюноотделения на нейтральные в отношении пищи слова (прибой, мороз, урна), а затем предлагал изображения урны, прибоя и морозного утра, а также слова, схожие по смыслу (волна, мусорник, холод). В этих случаях реакция слюноотделения срабатывала. Если же стимулами

были просто похожие по звучанию слова, то реакции не наблюдалось. Этот эксперимент показал, что иррадиация условных рефлексов у человека происходит по степени схожести смыслов, которые приобретают те или иные объекты, а не по степени схожести их физических признаков.

С этой точки зрения страх или депрессивные реакции могут распространяться на ситуации, приобретающие схожий смысл в отношении их целей или ожиданий. Например, страх получить отказ при обращении в официальную организацию может распространиться на ситуацию знакомства с привлекательным партнером, если они будут похожи по возникающему в этих ситуациях ожиданию отказа или желанию выглядеть «настоящим мужчиной». Позже мы подробнее остановимся на этом механизме генерализации при анализе теории социального научения Альберта Бандуры.

Так или иначе, интерес к механизмам классического обусловливания сохраняется в современной психологии, не говоря уже о психотерапевтических исследованиях. В недавних экспериментах испытуемым показывали пары нейтральных фотографий и фотографий с явной положительной или негативной эмоциональной окраской. Причем эмоционально окрашенные изображения демонстрировались с подпороговой продолжительностью, то есть не воспринимались сознательно испытуемыми. Со временем нейтральные фотографии начинали вызывать у испытуемых положительные или отрицательные эмоции [6].

Основные положения теории условного рефлекса косвенно учитываются во многих терапевтических методах. Если рассматривать эмоциональную жизнь человека как результат сложной истории чередующегося обусловливания и угасания рефлексов более высокого порядка, то можно выделить некоторые важные принципы психологической коррекции.

Во-первых, не следует использовать ситуации из прошлого клиента, вызывающие негативные реакции (страх, отвращение, стыд и т.д.) для тренировки новых образцов поведения. Новое поведение должно быть связано с событиями или действиями, вызывающими положительные эмоции. Положительные условные рефлексы на новое поведение будут способствовать его прочному закреплению и облегчать его использование в реальной жизни.

Во-вторых, желательно избегать ситуаций, которые могут вызывать условные рефлексы страха, стыда или других негативных эмоций в ходе терапии, чтобы не формировать отрицательное отношение к процессу терапии.

Условно-рефлекторная терапия А. Сальтера

Стремление достичь точности в психологии часто заставляло исследователей стандартизировать и упрощать сложные психологические феномены. В 1940-е годы психолог и психотерапевт Андре Сальтер начал работать с клиентами, испытывающими трудности в общении. Сальтер стремился найти физиологические причины заторможенности и неуверенности, используя систему

понятий Павлова «возбуждение — торможение». Он полагал, что дисбаланс этих процессов является ключом к психологическим проблемам.

Сальтер предположил, что нарушения поведения могут быть вызваны преобладанием процессов торможения над возбуждением, что приводит к заторможенности личности. Такие люди неспособны спонтанно проявлять свои чувства, желания и потребности, что ограничивает их самореализацию и затрудняет общение.

Экситаторная (от лат. *excitatio* — возбуждение) личность, по мнению Салтера, имеет хороший нервный баланс, открыто выражает свои чувства, спонтанна и способна к импровизации. Хотя многие исследователи находят противоречия в характеристиках экситаторной личности по Сальтеру, они всё же представляют интерес.

Обобщая свой опыт, Сальтер выделил шесть характеристик здоровой, уверенной в себе личности:

1. Эмоциональность речи: открытое, спонтанное и искреннее выражение чувств в речи.

2. Экспрессивность и конгруэнтность поведения и речи: ясное проявление чувств через невербальное поведение и соответствие между словами и невербальными сигналами.

3. Умение противостоять и атаковать: прямое и честное выражение своего мнения без учета реакции окружающих.

4. Использование местоимения «я»: отказ от неопределенных формулировок и уверенное выражение своих мыслей.

5. Принятие похвалы: отсутствие самоуничижения и признание своих достоинств.

6. Импровизация: спонтанное выражение своих чувств и потребностей..

Некоторые пункты из перечня Салтера, такие как открытое выражение чувств и использование местоимения «я», впоследствии стали основой множества тренинговых программ и классических приемов поведенческой терапии. Однако анализ этих характеристик показывает, что они не могут быть расценены как строгие признаки здоровой личности. Эти характеристики относятся к разным уровням регуляции поведения и не могут быть напрямую связаны с процессами возбуждения и торможения.

Здесь, как и во многих других случаях, наблюдается слабость теоретических основ при явной эффективности практических методов коррекции поведенческих нарушений. Работа Салтера внесла значительный вклад в развитие поведенческой терапии именно благодаря своей практической направленности. В своей клинике он добился значительных успехов, в том числе материальных, с помощью разработанных им правил по преобразованию тормозной личности в экситаторную. Основная идея этой трансформации заключалась в замене выученных тормозных реакций, мешающих открыто и спонтанно выражать свои

чувства, новыми эксцитаторными условными рефлексами, используя метод, отличающийся от павловского.

Команда терапевтов и пациенты клиники поддерживали любые эксцитаторные реакции, создавая новые, часто искусственные условия для поведения и побуждая пациентов к этим реакциям. Сальтер разработал свод правил, которые помогали в этом процессе. В своем тренинге он подчеркивал значение спонтанности и принципа «здесь и теперь», предлагая клиентам следующие инструкции:

- Не обдумывай, стоит ли говорить. Сначала говори, потом думай.
- Не будь чувствительным. Будь эмоциональным.
- Прекрати планировать. Думай только о ближайшей минуте.

Такие рекомендации и поощрение спонтанного проявления чувств, желаний и потребностей препятствовали развитию стратегии «бегства», часто наблюдаемой у пациентов Салтера. Однако абсолютное выражение собственных чувств и желаний могло вступить в противоречие с требованиями социальной среды. Если в терапевтическом контексте эти правила можно признать приемлемыми, то с точки зрения теории социальной компетентности они могут быть спорными. Техники и навыки открытого выражения чувств являются важной частью социально компетентного поведения, но только в определенных социальных ситуациях [7].

Теория условно-рефлекторного механизма возникновения страхов, не имеющих биологической основы (Дж. Вольпе).

Теория возникновения новых страхов без биологической основы, связанная с условно-рефлекторным механизмом, была разработана и конкретизирована Джозефом Вольпе. Он предположил, что в невротических нарушениях поведения значительную роль играют эмоциональные процессы, особенно страх и тревожность, которые человек испытывает в определенных ситуациях.

Вольпе определяет невроз как обусловленный (или выученный) страх, который является причиной многих форм неадаптивного поведения. Если найти способы снизить или полностью устранить этот невротический страх, то его исчезновение приведет к устранению связанных с ним поведенческих проявлений, то есть к излечению. Вольпе не различает страх и тревожность, поскольку с психофизиологической точки зрения они идентичны.

Некоторые формы страха (например, страх боли или отравления при работе с токсичными веществами) являются адаптивными как с биологической, так и с логической точки зрения. Однако иногда человек начинает бояться того, что не представляет никакой реальной опасности, например, публичных выступлений или ситуаций, где нужно представить результаты своей деятельности другим людям. Это снижает адаптивные возможности, и человек начинает тратить слишком много усилий без соответствующего вознаграждения.

Невротический страх может возникнуть по двум причинам, что

обуславливает два его вида: классически обусловленный страх и страх когнитивного происхождения.

Классически обусловленный страх появляется, когда врожденные страхи (боль, неожиданные громкие звуки и т.д.) совпадают по времени с некоторым условным стимулом. Примером такого страха является случай с «маленьким Альбертом». Особенность таких страхов в том, что они могут возникнуть из-за какого-то события, например, человек может начать бояться водить автомобиль после аварии.

Чаще всего невротический страх развивается в результате серии повторяющихся событий. Младенец может пугаться громких и неожиданных звуков. Если эти звуки постоянно ассоциируются с приходом гостей, то может возникнуть страх перед любым публичным присутствием.

Прямое запугивание со стороны близких также может оказать значительное влияние. Фраза «вот придет милиционер и заберет тебя», будучи повторенной с настойчивостью и живописностью, может со временем превратиться в страх перед авторитетами и начальством.

Вольпе называет страхи, возникающие из-за общения и иррациональных убеждений, страхами когнитивного происхождения. Страх перед змеями, пауками или сказочными персонажами может возникнуть из-за того, что кто-то рассказывает о них как о чем-то страшном или сам демонстрирует тревожное поведение. Формирование таких социальных страхов происходит через механизм подражания и обучения на моделях. Ребенок или взрослый человек начинает бояться того, с чем сам не имел дела, но чего боятся окружающие его люди (например, криминальных действий, обмана, ограбления, пожара и т.п.).

Возникший социальный страх прочно связывается с определенными социальными ситуациями и начинает самоподдерживаться. Страх создает условия для неудач в социальных ситуациях, которые его вызывают, а неудачи, в свою очередь, еще больше подкрепляют страх. Таким образом, страх и связанное с ним поведение выучиваются, автоматизируются и поддерживаются, распространяясь на смежные социальные ситуации.

Еще одним механизмом формирования социальных страхов является способность страхов иррадиировать, то есть распространяться на схожие ситуации. Например, страх боли может привести к страху перед родителями, использующими телесные наказания, а затем, в результате иррадиации, этот страх может перерасти в страх перед начальством и страх критики.

Устранить возникший и закрепленный страх очень сложно, так как каждый раз, когда человек попадает в ситуацию, вызывающую страх, этот страх возобновляется. Участие клиента в ролевых играх, имитирующих такие ситуации без специальных вмешательств, лишь усиливает страх и неуверенность.

Следует различать различные типы страхов: биологические и социальные, монотипные и множественные, а также комплексные страхи. Биологические

страхи можно объяснить с точки зрения угрозы выживанию организма. К ним относятся страх боли, одиночества и страх, вызванный внезапными и непредсказуемыми изменениями в окружении.

В процессе социализации, особенно под воздействием родителей, у ребенка формируются дополнительные страхи, которые связаны с социальными ситуациями или объектами, не имеющими прямого биологического значения. Когда стимулы, вызывающие биологический страх, ассоциируются с некоторыми социальными стимулами, у человека развиваются обусловленные страхи — он начинает бояться ситуаций и объектов, не представляющих реальной биологической опасности. Вольпе назвал такие страхи социальными.

Вольпе исследовал множество социальных страхов, некоторые из которых встречаются довольно часто. Это страх критики, страх быть отвергнутым, страх оказаться в центре внимания, страх выглядеть неполноценным, страх перед начальством, страх новых ситуаций, страх предъявлять претензии, страх неумения отказать и страх сказать «нет».

В случае классических фобий часто наблюдаются выраженные монофобии, то есть боязнь конкретного объекта или явления. Однако для социальных страхов это менее характерно. Обычно они имеют множественный характер: человек редко боится только начальства, чаще всего он одновременно испытывает страх критики, предъявления требований и оказания внимания. Социальные страхи легко распространяются на сопредельные социальные ситуации и объекты, что приводит к общей тревожности и невротизации.

Пациенты с разными типами страхов, будь то биологические или социальные, часто обращаются к психотерапевтам. Вольпе в своей теории изначально считал, что условный рефлекс страха, если его не подкреплять, со временем исчезает сам по себе. Однако это предположение оказалось неверным. Самопроизвольное угашение страха без подкрепления происходит очень медленно и требует многочисленных попыток, чтобы страх не возобновлялся. В отличие от классических экспериментов по затуханию условных рефлексов, страх у человека может сохраняться в латентной форме долгое время. Кроме того, реакция страха в субъективно опасной ситуации может усугубляться сама собой: например, человек, боящийся публичных выступлений, испытывает страх перед аудиторией, что затрудняет его речь и усиливает страх.

Для преодоления условного рефлекса страха Вольпе разработал новый метод. Основой его терапии стал принцип рекуперативного торможения. Вольпе провел эксперименты на кошках, в которых сначала вызывал у животных невротические состояния с помощью незначительных аверсивных стимулов (электрошока). Затем аверсивный стимул был представлен вместе с кормлением животных. Постепенно кошки теряли чувствительность к электрическим ударам, которые раньше вызывали у них беспокойство.

Аналогичным образом, использование замещения в качестве реакции на

страх было показано в экспериментах Мэри Джонс с маленьким Петером. Вольпе предположил, что тревожность и неуверенность можно лечить, заменяя страх в социальной ситуации другой эмоцией или поведением, которое несовместимо со страхом.

В терапии социальных страхов Вольпе применил так называемые «ассертивные» реакции — поведение, направленное на настойчивое отстаивание своих прав и мнений. Например, человеку, испытывающему тревогу и скованность из-за отсутствия справедливого вознаграждения за труд, предлагалось настойчиво требовать этого вознаграждения. Если он начинал это делать, страх перед соответствующими ситуациями постепенно снижался.

Изначально Вольпе не различал уверенное и агрессивное поведение, и в своих экспериментах он использовал агрессию и злость как замещающие реакции на страх. Однако этические соображения, поскольку злость в социальных ситуациях мало отличалась от страха, побудили Вольпе искать более подходящие замещения.

Он обнаружил, что сексуальное возбуждение и релаксация могут эффективно служить замещающими реакциями. Если для социальных страхов логичным замещением было самоутверждение, то для терапии сексуальных расстройств Вольпе применил сексуальное возбуждение.

Для лечения невротической (психогенной) импотенции Вольпе предложил метод, при котором мужчина, страдающий от импотенции, должен был позволять себе сексуальные действия только в тех случаях, когда партнер вызывал у него выраженный сексуальный интерес. Цель заключалась не в полном половом акте, а в самом общении с противоположным полом на фоне сексуального возбуждения. Постепенно это общение переставало вызывать тревогу и панические реакции.

Третьим замещающим стимулом в терапии Вольпе стала прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону. Вольпе обучал клиентов общей и дифференциальной релаксации в течение 7-10 сеансов, а затем просил их представлять себе предметы и ситуации, вызывающие тревогу, начиная с менее пугающих и переходя к более страшным. Если клиентам удавалось сохранять спокойствие при прохождении всей иерархии образов, то волнение исчезало. На следующем этапе клиентов учили расслаблять только те группы мышц, которые не участвуют в действиях, и систематически применять дифференциальную релаксацию в сложных и тревожных ситуациях.

Помимо упомянутых замещающих стимулов, Вольпе также рассматривал другие методы, такие как дыхательные упражнения, самоинструкции, конкурентное моторное поведение, приятные действия, стимулы, сладости (особенно для детей), шутки и розыгрыши.

Метод, разработанный Вольпе и основанный на принципе рекуперативного торможения, получил название контробусловливания. В завершённом виде методика представляет собой сочетание систематической десенсибилизации,

прогрессивной мышечной релаксации и замещения альтернативной реакцией.

Метод контробусловливания был детально изучен в дальнейшем и в настоящее время применяется, например, в профессиональном тренинге полицейских в Германии. С помощью контробусловливания устраняются реакции стресса в ситуациях, связанных с демонстрациями, дорожными авариями и другими сложными аспектами полицейской деятельности. Результат заключается в том, что чем неприятнее, опаснее и «страшнее» ситуация, тем большую релаксацию и спокойствие она вызывает [8].

Теория «стимул — реакция». К. Халл, Д. Доллард и Н. Миллер

Основополагающим аспектом поведенческой терапии является идея о том, что поведение часто является реакцией на определённые стимулы, которые его запускают. Эта концепция легла в основу целого направления в поведенческой терапии, разработанного рядом ученых. Наибольшую известность в контексте теории «стимул — реакция» получили работы Кларка Халла. Его книга «Принципы поведения» считается классическим трудом в области поведенческой теории и терапии.

Согласно основным положениям этой теории, поведение представляет собой реакцию на побуждающие стимулы (драйвы) и вознаграждается за ослабление или снижение силы этих стимулов. Например, голодный человек, испытывая сильное чувство голода, ищет способы его утоления. Если ему удастся удовлетворить голод, соответствующее поведение подкрепляется, что приводит к инструментальному научению. В следующий раз человек будет использовать те же способы (реакции), которые ранее привели к уменьшению голода.

При повторении связки стимул — реакция формируется ассоциация между реакцией и стимулом, что ведёт к образованию привычек. По мнению Халла, личность взрослого человека (и невротика) представляет собой совокупность таких привычек — связей между стимулами и реакциями.

С самого рождения у человека уже есть набор драйвов, таких как жажда, голод, боль и ориентировка, которые при определённой интенсивности запускают соответствующее инструментальное поведение. Если это поведение происходит в определённых стимульных условиях, эти условия могут стать вторичными драйвами. Например, если кормление всегда происходит в присутствии матери, сам факт её присутствия может стать вторичным драйвом — ребёнок начинает нуждаться в матери как таковой, вне зависимости от связи с пищей.

Халл рассматривал невротическое поведение как болезненные привычки или вторичные драйвы. Например, тревожность он считал вторичным драйвом, возникающим на основе первичного драйва боли. Алкоголизм и наркомания рассматривались им как привычки, связанные с быстрым ослаблением драйва тревоги.

Идеи Халла были развиты двумя другими учеными — Джоном Доллардом и Нилом Э. Миллером. Оба учёных в 1930-е годы проходили обучение

психоанализу в Вене и Берлине. Их работа, в первую очередь книга «Личность и психотерапия», представляет собой интересную попытку применить теорию «стимул — реакция» к объяснению причин психических нарушений и обоснованию процесса психоанализа.

С точки зрения Миллера и Долларда, функциональный невроз — то есть невроз, не вызванный органическими нарушениями, а являющийся следствием душевных переживаний — является результатом процесса научения. Такой невроз возникает в соответствии с определёнными законами научения, которые могут быть уже известны или ещё не открыты.

Знание этих законов позволяет терапевту обучить клиента новому, более здоровому поведению и, таким образом, устранить невроз. В процессе терапии психотерапевт изучает связи между стимулами, реакциями и подкреплением, и на основе этого знания формирует новые связи.

Так как обучение происходит преимущественно в реальной жизни, а многие подкрепления и стимулы находятся вне психотерапевтического кабинета, выздоровление также происходит в реальной жизни клиента («in vivo»). Терапевт помогает клиенту разобраться в своей жизни и научиться новым, более здоровым и рациональным привычкам [9].

Классическое обучение при аутизме.

Прикладная поведенческая аналитика (Applied Behavior Analysis, ABA) фокусируется на улучшении взаимодействия между человеком и окружающей средой. Этот метод строится на теории классического обусловливания, исследующей влияние внешних факторов на поведение.

Сенсорные сигналы из внешнего мира могут оказывать как стимулирующее, так и подавляющее воздействие на центральную нервную систему. Гомеостатическое равновесие в ней возникает благодаря взаимодействию этих возбуждающих и тормозящих эффектов. Центральная нервная система обрабатывает и систематизирует поступающую сенсорную информацию, и классическое обусловливание (или респондентное обучение) является основным процессом интеграции этой информации.

Классическое обучение представляет собой процесс, при котором два стимула сочетаются в паре. Неусловленный стимул (UCS) вызывает автоматические вегетативные реакции. Если нейтральный стимул (S), который изначально не вызывает таких реакций, регулярно сочетается с UCS, он становится условным стимулом (CS). Это значит, что нейтральный стимул начинает вызывать те же реакции, что и первоначальный стимул [10].

Принципы классического обучения можно применять в повседневной жизни для формирования новых привычек и поведения. Например, можно использовать их для создания положительных ассоциаций с определёнными действиями или для изменения эмоциональных реакций на определённые стимулы.

Иными словами, изначально нейтральный стимул, который не вызывал

автоматических вегетативных реакций, начинает провоцировать такие реакции после того, как он многократно сопоставляется с стимулом, который эти реакции вызывал изначально.

Классическое обусловливание помогает людям предсказывать события, исходя из предыдущих сигналов, полученных от окружающей среды. Например, дети могут связывать определённые виды активности с конкретными терапевтами и ожидать выполнения этих активностей каждый раз, когда видят этих терапевтов. Когда ребёнок видит или слышит терапевта (как сигнал из окружающей среды), он ожидает определённого поведения или действий от него. Если терапевт не выполняет ожидаемое поведение, ребёнок попытается сообщить терапевту о своих ожиданиях. Через классическое обусловливание дети учатся ассоциировать определённые внешние события, например, когда они слышат телефонный звонок, они ожидают, что мама пойдёт отвечать на звонок.

Дети учатся предсказывать события на основе сигналов из окружающей среды. Если предсказания ребёнка превышают то, что происходит на самом деле, это считается возбуждающим обучением. В таком случае сигнал точно предсказывает последующее событие. Однако, если сигнал приводит к завышенным ожиданиям, и фактический результат не соответствует этим ожиданиям, происходит тормозящее обучение и процесс гашения. В этом случае сигнал не будет восприниматься как предвестник ожидаемого события, и может приобрести негативные эмоциональные оттенки из-за несоответствия ожиданий.

Возбуждающее обучение происходит, когда сигнал точно предсказывает следующее событие. Ребёнок учится, что одно событие всегда сопровождается другим, и усваивает связь между этими двумя событиями. Если второе событие не происходит, ожидания не оправдываются, и начинается процесс гашения этой связи. В результате ребёнок перестаёт верить в связь между первым и вторым событием. Это может вызывать как негативные, так и позитивные эмоциональные состояния, в зависимости от характеристик сигнала и от предыдущего опыта. Например, процесс гашения может вызывать гнев или раздражение.

Поведение ребенка можно условно разделить на два типа: произвольное и непроизвольное (рефлективное). Произвольное поведение направлено на достижение конкретной цели и сильно зависит от последствий, которые оно вызывает. Непроизвольное поведение, напротив, возникает под воздействием сенсорных стимулов из окружающей среды, приводя к автоматическим реакциям, как эмоциональным, так и физиологическим.

Некоторые внешние стимулы вызывают автоматические рефлективные реакции. Например, если вы голодны и входите в комнату, где пахнет вашим любимым блюдом, это может вызвать у вас слюноотделение. Если же вы войдете в ту же комнату, и кто-то начнет стрелять, ваше сердцебиение может резко учащаться. Оба этих примера иллюстрируют рефлективные реакции.

События, которые обычно не вызывают таких реакций, могут начать их

вызывать, если они предваряют события, вызывающие эти реакции. Например, если кто-то закричит «У него пистолет!» перед тем, как начнутся выстрелы, этот крик может начать вызывать ту же реакцию, что и сам звук выстрела, даже если выстрелов не произойдет. Это и есть основа классического обучения.

Классическое обучение, также называемое процессом взаимного торможения, является важным принципом в поведенческой терапии. Теория взаимного торможения утверждает, что два противоположных эмоциональных состояния не могут сосуществовать одновременно. Этот принцип применим как к поведению, так и к физиологическим реакциям. Например, человек не может одновременно бежать и стоять, потеть и оставаться сухим.

Практическое применение классического обучения особенно полезно для работы с детьми с аутизмом. Используя процесс взаимного торможения, можно помочь детям адаптироваться к тревожным для них событиям окружающей среды. Например, если авersive событие становится предвестником события, вызывающего несовместимую реакцию, это может уменьшить авersive характеристики первоначального события. На базовом уровне классическое обучение предполагает, что ребенок станет более спокойным, если его окружающая среда станет более предсказуемой. Внедрение рутинных процедур, структуры и постоянства помогает контролировать психологическую, эмоциональную и поведенческую нестабильность ребенка. Понимание связей между событиями окружающей среды предоставляет инструменты для изменения реакций ребенка на внешние факторы.

Представьте, что ребенок сильно беспокоится при виде толпы людей. Толпа, как внешний фактор, вызывает у него рефлексивную эмоциональную реакцию – тревогу (проявляемую через тревожное поведение). Однако, если мы сможем ассоциировать толпу с приятными и веселыми событиями, то ребенок вероятнее всего перестанет испытывать тревогу. В будущем ребенок начнет видеть в толпе предвестника развлечений. Итогом станет то, что толпа перестанет вызывать тревожную реакцию, и ребенок перестанет проявлять тревожное поведение.

2.2. Оперантное обусловливание.

Не все формы обучения могут быть объяснены только классическим обусловливанием. При классическом обусловливании условный и безусловный стимулы предшествуют условной реакции. Однако условные связи также могут формироваться между реакциями и стимулами, которые следуют за ними, другими словами, между поведением и его последствиями. Например, собака может научиться выполнять команду «служить», чтобы получить угощение, а ребенок может сказать «пожалуйста», чтобы получить конфету. Эти реакции служат средством получения какой-то награды. Инструментальное обусловливание представляет собой процесс обучения, в котором реакции приводят к награждению или желаемому результату.

Принципы инструментального обучения были разработаны американским психологом Эдвардом Торндайком примерно в тот же период, когда Павлов проводил свои эксперименты в России. Животное, чаще всего голодная кошка, помещалось в специальную клетку, названную «загадка», и должна была научиться определенному действию, например, наступить на рычаг, чтобы открыть дверь и выйти наружу. Когда кошка успешно выполняла это действие, она получала пищу и снова возвращалась в клетку. После нескольких попыток кошка уже уверенно подходила к рычагу, нажимала на него лапой, выходила через открытую дверь и ела.

Формирование реакции происходило путем проб и ошибок, результатом выбора нужного поведения и его закрепления. Торндайк утверждал, что обучение регулируется законом эффекта: поведение зависит от его последствий и результатов; поведение, приводящее к положительному результату и удовлетворению, закрепляется, в то время как поведение, не приносящее положительных результатов, ослабляется.

Спустя несколько десятилетий после работ Торндайка, американский психолог Б. Скиннер развил идеи своего предшественника. Скиннер акцентировал внимание на том, что при инструментальном обусловливании животное взаимодействует со средой, выполняет определенные действия, влияя на среду. Поэтому процесс обучения этим реакциям он назвал оперантным обусловливанием.

Для изучения оперантного обусловливания Скиннер разработал экспериментальную камеру, получившую название «скамейка Скиннера». Камера является звуко- и светонепроницаемой, поддерживает постоянную температуру и полностью контролируется. Внутри камеры есть устройство, с помощью которого животное может взаимодействовать для получения вознаграждения. Например, крыса, нажимая на рычаг, получает пищу через трубочку. Камера Скиннера позволила исследовать взаимосвязь между реакцией и её последствиями, а также анализировать, как эти последствия влияют на поведение.

Оперантное обусловливание подчеркивает, что поведение зависит от его последствий. Поведение усиливается позитивным или негативным подкреплением и ослабляется наказанием. Позитивное подкрепление представляет собой предъявление стимулов, которые усиливают реакцию. Иными словами, это награждение. Примером может быть ситуация, когда учитель хвалит ребенка за хорошую учебу.

Скиннер вывел закономерность: действия (операнты), за которыми следуют приятные последствия, становятся более частыми. Например, крыса нажимает на рычаг чаще, если за этим следует получение пищи. Голубь в клетке, где на полу есть красное пятно, может клюнуть в него случайным образом, но если за этим последует пища, то это действие будет повторяться чаще. Человек, вкусно поужав в ресторане, будет чаще его посещать, даже если он находится далеко от

дома.

Эта закономерность называется законом выгоды (или первым законом оперантного научения). Согласно этому закону, чтобы сформировать новые привычки и образцы поведения, нужно создавать позитивные последствия для «целевого» поведения, то есть поведения, которое мы хотели бы видеть чаще.

Многие считают, что поведение, которое наказывается, исчезает. Однако Скиннер не нашел подтверждения этой теории. По его мнению, наказание – это спорный способ изменения поведения, поскольку оно не устраняет его полностью, а лишь изменяет его самым неожиданным образом. При наказании человек может искать другие способы поведения, чтобы избежать штрафа, и эти новые формы могут быть менее желательными.

Негативное подкрепление представляет собой процесс усиления поведения за счет устранения негативных стимулов, таких как боль, скука или дискомфорт. Например, прием анальгина при головной боли или избегание метро для предотвращения страха.

В изменении поведения можно использовать пять различных типов последствий: позитивное и негативное подкрепления, позитивное и негативное наказания, а также игнорирование. Игнорирование ведет к угасанию поведения и может привести к выученной беспомощности [11].

Таблица 1. Различные формы подкрепления

Формы подкрепления	Позитивные (приятные) события	Негативные (неприятные) события
Предлагать	= подкреплять →Формирование новых форм поведения (позитивное подкрепление)	= штрафовать →Устранение нежелательных форм поведения (позитивное наказание)
Устранять	= штрафовать →Устранение нежелательных форм поведения (позитивное наказание)	= подкреплять →Формирование новых форм поведения (позитивное подкрепление)

Наказание, в отличие от подкрепления, снижает частоту реакции. Позитивное и негативное подкрепления усиливают поведение, а наказание его ослабляет. Например, если ток выключается, когда крыса нажимает на рычаг, это негативное подкрепление, которое увеличивает вероятность того, что крыса снова нажмет на рычаг. Если же ток включается при нажатии на рычаг, это наказание, уменьшающее вероятность повторения действия.

Наказание ведет к трудно контролируемым последствиям и может

использоваться в терапевтических целях лишь с ограничениями. Телесные наказания, связанные с болезненными ощущениями, могут создать страх, что нежелательно для терапевтического процесса. Наказание не устраняет нежелательное поведение, а лишь временно подавляет его, и при исчезновении угрозы оно может возобновиться.

Дискриминационное обучение происходит, когда реакция вознаграждается (или наказывается) в одной ситуации, но не в другой. Это помогает объяснить гибкость поведения в различных социальных контекстах. Дискриминация стимула позволяет различать подходящее и неподходящее поведение. Например, ворчливая жена может не ругать мужа в присутствии гостей.

Генерализация означает, что поведение проявляется в новых ситуациях, а не только в тех, где оно было приобретено. Например, терапевт может помочь пациенту стать более уверенным во время сеансов, но важно, чтобы это поведение проявилось и в реальных жизненных ситуациях.

Классическое и оперантное обусловливание отличаются тем, что классическое требует повторного предъявления нейтрального стимула и стимула, вызывающего безусловную реакцию, с участием экспериментатора. Оперантное обусловливание осуществляется самостоятельно, и выбор подходящего поведения происходит активнее. Оперантные рефлексy зависят от результатов, тогда как классические рефлексy контролируются предъявлением предшествующего стимула. В реальной жизни большинство обучения происходит согласно законам оперантного обусловливания.

Практическое применение теории

Идеи и выводы Скиннера нашли широкое применение в педагогике, бизнесе и медицине. Одним из наиболее известных в России практических применений оперантного обусловливания является программированное обучение. Этот метод обучения основывается на принципах последовательного приближения и подкрепления. Ответственность за успех обучения возлагается на учителя, создателя программы, а не на ученика. Учебный материал составлен таким образом, что позволяет студентам с разными способностями и скоростью обучения прийти к конечному результату, переходя между страницами или разделами программы. Быстро обучающиеся студенты быстро усваивают материал, а те, кто требует больше времени и подробных объяснений, получают необходимую помощь. Все учащиеся, независимо от скорости обучения, получают немедленное подкрепление – подтверждение своего успеха или дополнительные материалы и тексты для изучения.

В программированном обучении применяются некоторые принципы, схожие с принципами поведенческой психотерапии:

1. Скорость обучения и план «последовательного приближения» к целевому поведению индивидуальны для каждого.
2. Ответственность за успех терапии возлагается на терапевта, который

ставит задачи и планирует режим подкрепления.

3. Терапевтические или учебные мероприятия планируются таким образом, чтобы более сложные задачи ставились после очевидного успеха в выполнении предыдущих заданий.

4. Программа постоянно пересматривается и корректируется в зависимости от успехов клиента.

В менеджменте идеи Скиннера реализуются через создание в организациях «среды моментального подкрепления» для ценных действий. В рекламе широко используется принцип небольших подарков и бонусов. Правоохранительные органы все чаще заменяют штрафы системой подкреплений или предоставляют выбор между уплатой штрафа и участием в тренинге, обучающем альтернативным формам поведения.

Наиболее значимые изменения идеи Скиннера произвели в психотерапии, заложив основу новой ветви – терапии и модификации поведения. Отказ от анализа скрытых причин нарушений поведения и акцент на наблюдаемых особенностях поведения привел к тому, что сами нарушения стали рассматриваться как факт, требующий коррекции. Болезненные переживания по поводу неспособности вести себя или чувствовать определенным образом могут быть устранены в процессе обучения. Жалобы клиента рассматриваются как симптомы, с которыми нужно работать напрямую, не углубляясь в анализ причин.

Цель поведенческой терапии – научить клиента реагировать на жизненные ситуации желаемым образом и отучить от поведения, вызывающего неприятные эмоции. Окружающая среда, создающая подкрепления, отвечает за формирование и укрепление поведения, поэтому терапия начинается с анализа среды, чтобы определить, что нужно изменить для устранения нежелательного поведения или формирования нового. Этот подход нашел применение не только в психотерапии, но и в педагогике и общественной практике, например, в учебных и производственных коммуннах и исправительных учреждениях.

Для изменения поведения используется целенаправленное подкрепление последовательных шагов, ведущих к достижению согласованной с клиентом цели. Этот метод получил название «терапия и модификация поведения».

Однако теория Скиннера содержит некоторые неясности, ограничивающие её применение в психотерапии. Например, она утверждает, что позитивное поведение должно подкрепляться несистематично и без задержки, что работает для простых навыков. Для сложных навыков требуется длительное подкрепление, пока не будет найден способ их выполнения. Вопросы о том, как подтолкнуть человека к поведению, которое следует подкреплять, были решены другими психологами поведенческого направления [12].

2.3. Социальное научение.

Люди часто учатся, когда находятся среди других людей, и это научение обычно происходит через классическое или инструментальное обусловливание.

Согласно традиционным теориям, для научения требуется личный опыт взаимодействия со стимулами или последствиями своих действий. Однако теоретики социального научения утверждают, что люди могут учиться и на опыте других через процессы, известные как викарное обусловливание и викарное научение (или моделирование).

Викарное обусловливание может быть как классическим, так и инструментальным. Например, через викарное классическое обусловливание у нас может сформироваться эмоциональная реакция на определённый стимул, наблюдая поведение другого человека. Представьте, что ваш друг восторженно говорит о писателе; его восхищение может стать для вас безусловным стимулом, вызывая у вас аналогичную эмоциональную реакцию. Имя писателя, ассоциируясь с этой эмоцией, становится условным стимулом, и даже если вы сами не читали его книги, имя писателя будет вызывать у вас положительную реакцию.

Примером викарного инструментального обусловливания являются эксперименты Альберта Бандуры. В одном из них детям показывали фильм, где мужчина агрессивно взаимодействовал с надувной куклой, а затем конец фильма различался: в одном случае мужчину хвалили и угощали сладостями, в другом его ругали, а в третьем не было никаких последствий. После просмотра детям разрешали играть с куклой. Те, кто видел награждение агрессора, чаще имитировали агрессивное поведение. Это показывает, что научение может происходить через наблюдение за последствиями поведения других, а не только через личный опыт.

Эксперименты с куклой продемонстрировали, что научение возможно не только через непосредственное обусловливание, но и через викарное. Викарное научение – это способность осваивать новое поведение, наблюдая за другими. Бандура также доказал, что дети могут копировать поведение взрослых, даже если это поведение не подкрепляется. В одном из экспериментов детям показывали, как мужчина либо спокойно сидел рядом с куклой, либо нападал на неё. После этого детей оставляли одних с куклой, и те, кто видел агрессивное поведение, вели себя агрессивно и воспроизводили наблюдаемые формы поведения. Таким образом, научение может происходить без подкрепления, что ставит под сомнение универсальность закона эффекта Торндайка [13].

Вопросы для самоконтроля

1. В чём заключаются основные механизмы классического обусловливания?
2. Каковы принципы и сферы применения условно-рефлекторной терапии А. Сальтера?
3. Как Дж. Вольпе объяснял возникновение страхов, не связанных с биологическими причинами, с позиции условного обусловливания?
4. Какова роль концепции «стимул — реакция» в теориях К. Халла, Д. Долларда

и Н. Миллера?

5. Как методы классического обучения применяются в работе с людьми с расстройствами аутистического спектра?
6. В чём суть принципов оперантного обусловливания?
7. Какие методы поведенческой коррекции основаны на оперантном обучении?
8. Чем различаются оперантное и респондентное обусловливание: проведите сравнительный анализ.
9. Как Б. Ф. Скиннер определял понятие подкрепления и какова его роль в поведении?
10. Какие существуют режимы подкрепления и какова специфика негативного подкрепления?
11. Какие положения лежат в основе теории социального научения?
12. В чём заключаются цели и способы поведенческой модификации?
13. Как реализуется обучение через наблюдение в концепции А. Бандуры и какова роль самоэффективности?
14. Какие факторы, согласно А. Бандуре, способствуют проявлению агрессии в поведении человека?

Темы Рефератов.

1. Классическое обусловливание.
2. Теории классического обусловливания
3. Аутизм и классическое обусловливание
4. Агрессия как социальное научение
5. Самоэффективность и ее динамика
6. Подражание и идентификация в теории А. Бандуры
7. Проблема ожидания в социально-когнитивной теории
8. Проблема социализации и ее решение в теориях научения

Тест для самопроверки

1. Какой метод лечения основан на использовании принципов обучения для изменения как поведения, так и мышления?
 - a) Психоанализ
 - b) Гештальт-терапия
 - c) Поведенческая терапия
 - d) Гуманистическая терапия
 - e) Экзистенциальная терапия
2. Кто разработал основы классического обусловливания?
 - a) Б. Ф. Скиннер
 - b) И. П. Павлов
 - c) А. Бандура
 - d) З. Фрейд

е) К. Роджерс

3. Какой феномен описывает способность условной реакции возникать на стимулы, похожие на первоначальный?

а) Стимульная дискриминация

б) Генерализация стимулов

с) Угасание

д) Спонтанное восстановление

е) Обратное обусловливание

4. Какой эксперимент Джона Б. Уотсона продемонстрировал возможность формирования страха у младенца к белым мышам?

а) Эксперимент с собаками Павлова

б) Эксперимент с крысами Скиннера

с) Эксперимент с бобрами Рэйнера

д) Эксперимент с маленьким Альбертом

е) Эксперимент с кошками Торндайка

5. Какой аспект практических методов Салтера может вступать в противоречие с требованиями социальной компетентности?

а) Принятие похвалы

б) Спонтанное выражение чувств

с) Импровизация

д) Абсолютное выражение собственных чувств и желаний

е) Использование местоимения «я»

6. Какую теорию в отношении возникновения новых страхов без биологической основы развивал Джозеф Вольпе?

а) Теорию социального научения

б) Теорию когнитивного диссонанса

с) Теорию условно-рефлекторного механизма возникновения новых страхов

д) Теорию гештальт-терапии

е) Теорию оперантного научения

7. Как Вольпе определяет невроз в контексте своей теории?

а) Как биологически обусловленный страх

б) Как наследственное нарушение

с) Как обусловленный (или выученный) страх

д) Как структурное расстройство личности

е) Как функциональное расстройство

8. Как Вольпе различает типы страха?

а) На биологический и социальный

б) На активный и пассивный

с) На классически обусловленный и когнитивного происхождения

д) На врожденный и приобретенный

е) На умственный и физический

9. Кто разработал принципы инструментального обучения?

- a) Иван Павлов
- b) Джон Уотсон
- c) Эдвард Торндайк
- d) Б.Ф. Скиннер
- e) Альберт Бандура

10. Как называется процесс обучения, в котором реакции приводят к награждению или желаемому результату?

- a) Классическое обусловливание
- b) Инструментальное обусловливание
- c) Викарное обусловливание
- d) Негативное подкрепление
- e) Дискриминационное обучение

3 ЛЕКЦИЯ. Систематическая десенситизация. Когнитивное реструктурирование. Процедуры самоконтроля. Методы, основанные на угасании. Моделирование. Позитивное подкрепление. Техника вызывания отвращения. Наказание.

3.1. Систематическая десенситизация

История поведенческой терапии начинается с работы Джозефа Вольпе. Он описывал невротическое поведение как "устойчивую привычку неадаптивного поведения, сформированную через обучение". Вольпе подчеркивал важность тревоги, которая является частью ситуации и невротического синдрома, считая её "стабильным ответом автономной нервной системы, возникшим в результате классического обусловливания". Для снижения этих условных автономных реакций Вольпе создал метод систематической десенситизации.

Для объяснения работы этого метода Вольпе предложил теорию реципрокного торможения. Она предполагает, что тревожные реакции можно ослабить, вызывая одновременно с ними другие, физиологически противоположные реакции. Если реакция, несовместимая с тревогой, возникает вместе с импульсом, вызывающим тревогу, то связь между этим импульсом и тревогой ослабевает. Такие антагонистические реакции включают прием пищи, самоутверждение, сексуальные реакции и релаксацию.

Мышечная релаксация оказалась наиболее эффективным способом борьбы с тревогой. Вольпе применял технику прогрессивной мышечной релаксации, предложенную Я. Якобсоном. Пациента обучают глубокому расслаблению, после чего переходят к следующему этапу — составлению иерархии ситуаций, вызывающих страх. Пациенту в состоянии релаксации предлагается представить

ситуацию, занимающую наименее тревожное место в иерархии.

Примером может служить иерархия для человека, испытывающего страх перед полетом на самолете (Д. Бернштейн, Э. Рой и коллеги):

1. Вы читаете газету и видите объявление авиакомпании.
2. Вы смотрите телевизионную передачу и наблюдаете, как люди садятся в самолет.
3. Ваш начальник сообщает о необходимости деловой поездки на самолете.
4. Через две недели до поездки вы просите секретаря забронировать билет.
5. Вы собираете чемодан в своей спальне.
6. Вы принимаете утренний душ перед поездкой.
7. Вы едете в аэропорт на такси.
8. Вы проходите регистрацию в аэропорту.
9. Вы находитесь в зале ожидания и слышите объявление о посадке на ваш рейс.
10. Вы стоите в очереди перед самолетом.
11. Вы сидите в самолете и слышите, как включается двигатель.
12. Самолет начинает движение, и вы слышите указание стюардессы: «Пристегните ремни».
13. Вы смотрите в окно, когда самолет выезжает на взлетную полосу.
14. Вы наблюдаете взлет самолета.
15. Вы смотрите в окно, когда самолет уже в воздухе.

В другом варианте систематическая десенсилизация проводится не в воображении, а в реальных условиях, путем непосредственного погружения в фобическую ситуацию. Этот метод может быть сложным в техническом плане, но некоторые специалисты считают его более эффективным, особенно для тех, кто не может создать представления о фобии. Примером является случай с человеком, страдающим клаустрофобией, который научился чувствовать себя комфортно в спальном мешке с молнией [14].

Кроме того, систематическая десенсилизация может проводиться с использованием слайдов или фильмов, изображающих объект фобии, что называется методом фединг (затухание).

3.2. Когнитивное реструктурирование

Методы терапии этой категории основаны на предположении, что эмоциональные расстройства возникают из-за неэффективных стереотипов мышления (когниций). Задача когнитивного реструктурирования заключается в том, чтобы изменить эти вредоносные когниции. Терапевты обучают пациентов заменять негативные когниции на более рациональные и спокойные мысли в стрессовых ситуациях, таких как публичные выступления, экзамены или неприятные разговоры. Например, вместо мысли "Я должен быть идеальным" пациент может использовать мысль "Спокойно, я справлюсь с этим, если

сосредоточусь на задаче".

Одним из популярных методов является тренинг прививки стресса, в котором пациент воображает себя в стрессовой ситуации и применяет новые когнитивные навыки. Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса и когнитивная терапия А. Бека также относятся к когнитивному реконструированию и объединяют когнитивные и поведенческие подходы.

Оба автора изначально были психоаналитиками с классическим психоаналитическим образованием. Эллис, опубликовав свои работы в 1962 году, и Бек, сделав это в 1970 году, критически оценили собственный опыт применения психоанализа и предложили расширить его, включая анализ и терапию когнитивных нарушений. Они считают, что традиционные элементы психоанализа, такие как кушетка и метод свободных ассоциаций, могут негативно влиять на клиента, фокусируя его внимание на негативных мыслях и переживаниях. Бек, анализируя терапию поведения, пришел к выводу, что любая форма поведенческой терапии является лишь разновидностью когнитивной терапии, и полностью отказался от классического психоанализа, что поддерживает и Эллис. Оба автора использовали резкие формулировки в своей критике психоанализа и поведенческой терапии, чтобы подчеркнуть свои взгляды.

В отличие от классической поведенческой психотерапии, когнитивная терапия сосредоточена на внутренних переживаниях, а не на внешнем поведении. Поведенческая терапия направлена на изменение внешнего поведения, тогда как когнитивная терапия стремится изменить неэффективные способы мышления. Поведенческая тренировка применяется для закрепления изменений, достигнутых на когнитивном уровне [15].

3.3. Процедуры самоконтроля

Терапевтические подходы этой категории основываются на предположении, что эмоциональные расстройства возникают из-за неэффективных стереотипов мышления (когниций). Когнитивное реструктурирование, как описано Р. Лазарусом, направлено на изменение таких дезадаптивных когниций. Терапевты помогают пациентам, как детям, так и взрослым, активно участвовать в постановке целей лечения и выполнении терапевтической программы. В этом процессе ключевую роль играют процедуры самоконтроля, которые являются основой успешной саморегуляции поведения. Эти методы помогают пациентам лучше осознавать свои проблемы и действия. Например, при лечении избыточного веса совместно устанавливается лимит потребления калорий в день. Эффективность самоконтроля возрастает, если цели формулируются конкретно, ясно и на краткосрочный период.

Неправильное формулирование цели, например: «Со следующей недели я начну ограничивать себя в еде», может привести к неудаче и негативной самооценке. Более четкая формулировка, такая как: «Я буду потреблять не более

1200 калорий в день», приводит к успешному выполнению и самоподкреплению, что усиливает вероятность поддержания саморегуляции.

Методами самоконтроля также являются прогрессивный релаксационный тренинг для борьбы со стрессовыми реакциями, такими как бессонница, головные боли и гипертония, а также методы биологической обратной связи, используемые для лечения психосоматических расстройств.

На всех этапах выбора поведенческих альтернатив и осуществления намерений человек контролирует свои действия и оценивает их результат. Сомнения и нерешительность могут привести к отказу от намеченных действий или выбору альтернативного поведения. Процесс принятия решений и самоконтроля создает возможности для как нарушений, так и их терапии. По мнению Бандуры, поведение человека не полностью контролируется окружающей средой; ему доступны и средства самоконтроля.

Пример: Владимир, менеджер крупного предприятия, обращается к психотерапевту из-за проблем с выбором между несколькими привлекательными альтернативами и трудностью контроля за выполнением задач подчиненными. В результате, он теряет выгодные предложения и много времени. В ходе консультаций Владимира учат доверять своей интуиции и передавать функции контроля своим подчиненным [16].

Самоподкрепление и самонаказание. В процессе контроля выполнения поведенческих намерений человек постоянно сверяет результаты своих действий с определенными стандартами, относящимися как к цели поведения, так и к его процессуальным моментам. Например, во время лекции я контролирую время, внимание студентов, громкость голоса и другие аспекты. Вы, читая эту книгу, возможно следите за сохранением последовательности мыслей или не пропускаете момент, когда чайник закипит.

Если вам удастся выполнить план, вы можете похвалить себя, а если нет, то произнести несколько негативных слов. Самооценка процесса и результатов действий у всех индивидуальна, и баланс между самоподкреплением и самонаказанием влияет на мотивацию к новым или продолжающимся задачам. Негативное преобладание самонаказания может приводить к серьезным нарушениям поведения, таким как депрессия.

Привычные самооценки и способы оценки результатов формируют ожидания эффективности поведения в социальных ситуациях. Бандура обозначает эти ожидания как самоэффективность. Например, если по окончании лекции я получу позитивную обратную связь, моя эффективность в этой сфере будет высока, что повлияет на мою дальнейшую работу [17].

Влияние ожиданий и самоэффективность. Альберт Бандура показал, что одной из причин нарушений поведения может быть отсутствие веры в эффективность собственных действий, что называется «теорией самоэффективности». Самоэффективность означает убеждение в способности

успешно справляться с сложными ситуациями. Это вера в свою конкретную поведенческую компетентность.

По мнению Бандуры, многие психические расстройства связаны с недоверием к собственным способностям. Самоэффективность влияет не только на мотивацию и интенсивность попыток справиться со стрессом, но и на восприятие последствий поведения. Например, человек с низкой самоэффективностью может прийти на вечеринку в плохом настроении, что повлияет на его попытки завести знакомство и снизит самоэффективность. В противоположность этому, высокая самоэффективность способствует позитивному настроению и успешным попыткам.

Бандура различает два типа ожиданий: ожидание результатов и ожидание эффективности. Ожидание результатов касается предположений о том, что определенное поведение приведет к желаемому результату, в то время как ожидание эффективности связано с уверенностью в собственных способностях реализовать это поведение.

Самоэффективность влияет на поведение в зависимости от ее уровня, обобщенности и силы. Влияние может проявляться в выборе ситуаций, поведении, частоте и длительности попыток справиться с трудностями. Также важно учитывать, как результаты действий и доступные модели влияют на самоэффективность.

Факторы, влияющие на формирование самоэффективности:

- Наличие навыков поведения.
- Опыт наблюдения за другими (физическое или символическое следование модели).
- Вербальное подкрепление или наказание.
- Физическое, психологическое и эмоциональное состояние.

Самоэффективность рассматривается как изменчивая характеристика, зависящая от ситуации и жизненного опыта. Влияние последствий поведения на самоэффективность зависит от того, как человек воспринимает и оценивает эти последствия. Негативный опыт может снизить самоэффективность и ожидания успеха в будущем.

Теория Бандуры имеет значительные теоретические и экспериментальные основания. В исследованиях было подтверждено, что ожидания эффективности коррелируют с реальным поведением. Изменение ожиданий может предсказать изменения в поведении.

Теория самоэффективности Бандуры была успешно применена не только в клинической практике, но и в регуляции социального поведения, что подтверждает её значимость и универсальность. Для измерения самоэффективности был разработан тест, существующий в различных национальных версиях, включая русскую, который применяется в научной и практической деятельности, включая межкультурные исследования [18].

3.4. Методы, основанные на угасании

Эти подходы, известные как иммерсионные методы (иммерсия-погружение), включают прямое предъявление объекта страха без предварительного релаксационного этапа. Они базируются на механизме угасания, описанном И. П. Павловым, при котором повторное предъявление условного стимула без подкрепления безусловным стимулом приводит к исчезновению условной реакции. В рамках этих методов используются такие техники, как «наводнение», имплозия и парадоксальная интенция.

Метод «наводнение» подразумевает, что пациент вместе с терапевтом помещается в ситуацию, вызывающую страх, но не представляющую угрозы, и пребывает в этой ситуации до тех пор, пока интенсивность страха не уменьшается. Важно исключить возможность скрытого избегания страха, например, отвлекаясь во время поездки в транспорте или занимаясь другими действиями, чтобы снизить страх. Пациенту следует разъяснить, что скрытое избегание поддерживает избегающее поведение. Во время сеанса «наводнения» пациент должен испытывать максимально выраженный страх.

Имплозия представляет собой воображаемую версию метода «наводнения». Этот подход схож с систематической десенситизацией, но осуществляется без сопутствующей релаксации. В начале создается иерархия страхов, затем пациент переходит к представлению пугающих ситуаций. Терапевт оценивает уровень вовлеченности пациента и его страх по его внешним проявлениям, таким как двигательная активность, напряжение мышц, мимика и вегетативные реакции.

Задача терапевта — поддерживать высокий уровень страха. Если уровень тревоги начинает снижаться, терапевт добавляет дополнительные описания ситуации для усиления страха. Например, пациенту с фобией змей предлагается представить, что он берет змею в руки; при снижении уровня страха терапевт может добавить образы, такие как укус змеи. Цель — поддерживать высокий уровень страха в течение 40-45 минут.

Метод парадоксальной интенции был предложен Виктором Франклом. Франкл считал, что одной из причин неврозов является опережающая тревога, которая может привести к именно той ситуации, которой человек боится. Другим патогенным фактором, по мнению Франкла, является чрезмерное стремление, которое затрудняет достижение цели. На основе этих наблюдений Франкл разработал технику парадоксальной интенции.

При этом методе пациенту предлагается прекратить бороться с симптомом и вместо этого сознательно вызывать его и даже усиливать. Методика включает кардинальное изменение отношения пациента к своему симптому и болезни. Пациент должен отстраниться от своего невроза и посмеяться над ним. Франкл приводит пример мальчика с заиканием, который, пытаясь вызвать жалость у кондуктора, невольно использовал метод парадоксальной интенции, хотя и не с

лечебной целью [19].

3.5. Моделирование

Терапевты часто обучают пациентов желаемому поведению, демонстрируя или моделируя его. Например, десенситизация *in vivo* может быть особенно эффективной, когда терапевт показывает пациенту, как следует сохранять спокойствие в ситуациях, вызывающих страх.

В одном из случаев терапевт продемонстрировал пациентке, страдающей интенсивной фобией пауков, как убивать пауков с помощью хлопушки, обучая её этому навыку дома с использованием резиновых пауков.

Тренинг самоуверенного поведения и социальных умений предназначен для пациентов с низкой уверенностью в себе, которые затрудняются открыто выражать свои эмоции и защищать свои права. Эти пациенты часто становятся жертвами эксплуатации, испытывают социальную тревогу и страдают от низкой самооценки. Тренинг самоуверенности, как и систематическая десенситизация, опирается на использование реакции, противоположной страху: активное, самоутверждающее поведение несовместимо с чувствами страха и тревоги. Человек с социофобией может избегать общения из-за страха негативных последствий, таких как осуждение и негативное мнение окружающих. Тренинг проводится в группах, где пациент осознает, что самоутверждающее поведение приводит к изменению реакций окружающих, что, в свою очередь, укрепляет такое поведение, повышает самооценку и уверенность в себе. Важно отметить, что самоутверждающее поведение не подразумевает агрессивности; скорее, это выражение позитивных и негативных эмоций в отстаивании собственных прав при уважении прав других.

Моделирование и ролевые игры являются основными техниками в тренинге самоуверенности. Терапевт помогает пациентам становиться более открытыми и выразительными в социальных ситуациях. Например, пациент, который боится просить повышения заработной платы, может развить необходимые навыки, многократно проигрывая эту ситуацию в ролевой игре с терапевтом или другими членами группы. Особое внимание уделяется невербальному и вербальному экспрессивному поведению, таким как осанка и интонация. Затем терапевт мотивирует пациента применять утвердительные действия в реальных ситуациях, чтобы обеспечить обобщение навыков [20].

Помимо усиления утвердительного поведения, тренинг также направлен на улучшение коммуникативных навыков, включая активное слушание, предоставление обратной связи и установление доверительных отношений через самораскрытие.

3.6. Позитивное подкрепление

В методиках позитивного подкрепления применяются принципы оперантного обусловливания для установления связей между поведением и его

последствиями. Терапевты систематически используют подкрепление для изменения проблемного поведения, которое может варьироваться от грызения ногтей, детской возбудимости и подростковой делинквентности до шизофрении и отказа от пищи [21].

Пример:

Анна, 4-летняя девочка, нормально взаимодействовала с учителями и взрослыми, но была стеснительной, молчаливой и замкнутой в общении с детьми. Психолог, работающий в школе, заметил, что учителя неосознанно способствовали её замкнутости чрезмерным вниманием и уговорами. Была разработана программа модификации поведения девочки. Учителям было предписано уделять внимание Анне только тогда, когда она играла с детьми или находилась рядом с ними. В дальнейшем учителя начали поощрять Анну только за реальное взаимодействие с детьми, в то время как игры в одиночестве игнорировались. В результате, Анна начала проводить больше времени с детьми, чем с взрослыми.

Для улучшения поведения пациентов с выраженными нарушениями личности или умственной отсталостью, находящихся в психиатрических учреждениях, поведенческие терапевты разработали так называемую жетонную систему. В рамках этой системы желаемое поведение пациентов вознаграждается жетонами, которые они могут обменять на сладости, прогулки, просмотр телевизора и другие привилегии. Персонал, совместно с пациентом (если это возможно), разрабатывает список желаемых целей поведения (мишеней) в зависимости от особенностей каждого пациента. Эти цели могут включать ясность речи, выполнение домашнего задания, игру с другими детьми, порядок на постели и другие аспекты. Затем устанавливается «прейскурант», по которому пациент получает определенное количество жетонов сразу после достижения конкретной цели поведения.

Жетонная система может быть весьма эффективной для изменения поведения. Некоторые исследования показали, что у лиц с выраженными апато-абулическими изменениями личности жетонная система значительно улучшила их внешний вид, социальное взаимодействие, манеры за столом и одновременно сократила странности в поведении. Важным результатом было то, что жетонная система подготовила пациентов с серьезными расстройствами поведения к жизни вне стен психиатрической больницы.

3.7. Техника вызывания отвращения

Техника вызывания отвращения, также известная как аверзивная терапия, основывается на принципах классического обусловливания. Например, для лечения алкоголизма используется метод сочетания небольших доз алкоголя с веществами, которые вызывают рвоту или другие неприятные ощущения. Электрические удары применяются для устранения невротического заикания,

дрожания рук, половых извращений и ночного энуреза.

Эта терапевтическая методика была впервые обоснована В. М. Бехтеревым, который отметил, что при лечении хронического алкоголизма, когда алкоголь сочетается с веществами, вызывающими рвоту, основой терапии является выработка рвотного условного (или сочетательного, по Бехтереву) рефлекса. Метод лечения алкоголизма с использованием инъекций апоморфина перед приемом алкоголя был впервые применен в России И. Ф. Случевским и А. А. Фриkenом в 1933 году [22].

3.8. Наказание

В отличие от аверсивного обусловливания, при котором неприятный стимул сопровождает нежелательное поведение, наказание применяется после проявления такого поведения. Например, пациент с треморной формой писчего спазма выполняет задание, заключающееся в попадании металлической палочкой в отверстия на пластине, диаметр которых постепенно уменьшается. Если пациент попадает в отверстие, электрический разряд не происходит. Тремор может привести к попаданию в края отверстий, что вызывает замыкание электрической цепи и удары током. При спастической форме писчего спазма пациент использует специальную авторучку; чрезмерное давление на ручку также вызывает замыкание цепи и наказание [23]. В ходе тренировок пациент учится расслаблять соответствующие группы мышц.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы принципы систематической десенситизации и где она находит применение?
2. В чём заключается метод когнитивного реструктурирования в контексте психокоррекции?
3. Какие механизмы лежат в основе процедур самоконтроля и насколько они эффективны?
4. Какие методы, основанные на механизмах угасания, применяются в поведенческой терапии?
5. Как моделирование способствует формированию и коррекции поведения?
6. Какие теоретические и практические аспекты связаны с применением позитивного подкрепления?
7. Как используются методы вызывания отвращения и наказания в поведенческом подходе?

Темы Рефератов.

1. Использование техник поведенческой терапии в тренинге
2. Работа со страхами с помощью техник поведенческой терапии.
3. Применение методов поведенческой терапии.

4. Методы поведенческой терапии и РДА.

Тест для самопроверки.

1. Какую теорию предложил Джозеф Вольпе для объяснения работы систематической десенситизации?
 - a) Теория когнитивного диссонанса
 - b) Теория оперантного обусловливания
 - c) Теория реципрокного торможения
 - d) Теория самоконтроля
 - e) Теория социального научения
2. Какой метод Джозеф Вольпе использовал для борьбы с тревогой?
 - a) Метод авансированной десенситизации
 - b) Метод негативной обратной связи
 - c) Метод эмоциональной поддержки
 - d) Метод систематической десенситизации
 - e) Метод когнитивного анализа
3. Какой этап следует за обучением пациента прогрессивной мышечной релаксации в методе систематической десенситизации?
 - a) Оценка реакций на стрессовые ситуации
 - b) Составление иерархии ситуаций, вызывающих страх
 - c) Представление ситуации, занимающей наименьшее место в иерархии
 - d) Применение медикаментозного лечения
 - e) Оценка поведения в реальных условиях
4. Какой метод описан в тексте как "метод фединг" (затухание)?
 - a) Метод биологической обратной связи
 - b) Метод использования слайдов или фильмов, изображающих объект фобии
 - c) Метод экспозиционной терапии в реальных условиях
 - d) Метод поведенческой коррекции
 - e) Метод установки конкретных целей
5. Какой метод самоконтроля применяется для борьбы со стрессовыми реакциями, такими как бессонница и головные боли?
 - a) Метод когнитивного реструктурирования
 - b) Прогрессивный релаксационный тренинг
 - c) Метод биологической обратной связи
 - d) Метод систематической десенситизации
 - e) Метод авансированной десенситизации
6. Что представляет собой "самоэффективность" по мнению Альберта Бандуры?
 - a) Убеждение в способности контролировать эмоции
 - b) Вера в свою конкретную поведенческую компетентность
 - c) Ожидание позитивного результата от действий
 - d) Способность анализировать поведенческие реакции других

- e) Умение успешно выполнять заданные цели
- 7. Какие факторы влияют на формирование самооэффективности по Бандуре?
 - a) Только наличие навыков поведения
 - b) Наличие навыков поведения, опыт наблюдения за другими, вербальное подкрепление и состояние
 - c) Личностные качества и профессиональные навыки
 - d) Состояние здоровья и уровень стресса
 - e) Количество выполненных задач и достигнутые результаты
- 8. Какое влияние оказывает высокое ожидание эффективности на поведение человека?
 - a) Снижает мотивацию и частоту попыток справиться с трудностями
 - b) Способствует позитивному настроению и успешным попыткам
 - c) Приводит к повышению тревожности и стрессу
 - d) Затрудняет выполнение сложных задач
 - e) Уменьшает частоту социальных взаимодействий
- 9. Какой из методов является частью иммерсионных подходов для лечения страха?
 - a) Систематическая десенситизация
 - b) Роль моделирования
 - c) Метод «наводнения»
 - d) Метод парадоксальной интенции
 - e) Тренинг самоуверенного поведения
- 10. Что основное в методе имплозии?
 - a) Использование релаксации для снижения страха
 - b) Представление пугающих ситуаций без сопутствующей релаксации
 - c) Применение физических наказаний для контроля страха
 - d) Активное избегание ситуаций, вызывающих страх
 - e) Постепенное уменьшение интенсивности стимула

4.ЛЕКЦИЯ. Применение поведенческой терапии: использование поведенческой терапии. Поведенческая коррекция детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Тактика поведенческой терапии. Приемы и техники поведенческой терапии в работе с детьми с РАС. Расстройства аутистического спектра в МКБ-10 (F84). Организация и проведение психологического обследования детей с РАС. Сложности диагностики детей с РАС и функциональные последствия.

4.1. Использование поведенческой терапии

1. Тревожные расстройства. Исследования, проведенные в разных странах, показали, что поведенческая терапия эффективно помогает при фобиях и часто

является предпочтительным методом лечения этих расстройств. Основным методом является систематическая экспозиция (термин «экспозиция» охватывает все методы, связанные с демонстрацией объекта страха); в некоторых случаях при агорафобии применяются дополнительные когнитивно-поведенческие методы (такие как когнитивное реструктурирование и супружеская терапия и др.). Большинство пациентов достигают значительных улучшений, что подтверждается катamnестическими данными, охватывающими от пяти до девяти лет. При агорафобии терапевтические неудачи варьируются от 10 до 40% .

2. *Сексуальные расстройства.* Общеизвестно, что поведенческая терапия является предпочтительным подходом к лечению сексуальных расстройств, таких как импотенция, преждевременная эякуляция, оргазмические дисфункции и вагинизм. Примером может служить двухнедельная программа лечения сексуальных дисфункций.

3. *Межличностные и супружеские проблемы.* Тренинг социальных навыков и тренинг утвердительного поведения применяются для решения широкого спектра межличностных проблем, начиная от ограниченного социального поведения и заканчивая социофобией. Поведенческая супружеская терапия направлена на обучение партнеров позитивным и продуктивным методам достижения желаемых изменений в поведении друг друга.

4. *Хронические психические расстройства.* Поведенческая терапия не является эффективной при острых психических расстройствах. Однако поведенческие методы (особенно жетонная система) представляют собой предпочтительный подход для пациентов с выраженными изменениями личности и низким уровнем самообслуживания.

5. *Детская психопатология.* С начала развития поведенческой терапии её методы применяются для лечения различных нарушений у детей, включая проблемы поведения, агрессивность и делинквентность. Жетонное подкрепление широко используется для лечения гиперактивности. Успешность поведенческой терапии в улучшении успеваемости гиперактивных детей приводит к мнению, что поведенческая терапия может дополнять или даже заменять медикаментозное лечение в некоторых случаях. Аутизм, признанный особенно сложным детским расстройством с плохим прогнозом, традиционные психологические методы и фармакотерапия показывали ограниченную эффективность. В то же время поведенческие методы достигли значительных результатов. По данным О. Ловааса, интенсивное и продолжительное поведенческое лечение аутистичных детей в 47% случаев приводит к нормальному интеллектуальному и поведенческому функционированию. Еще 40% детей имеют легкое отставание и направляются в специализированные школы. В контрольной группе только 2% достигали нормального функционирования. Эти результаты являются лучшими среди всех когда-либо достигнутых при лечении аутизма. Энурез оказался одной из наиболее поддающихся лечению проблем при использовании поведенческой терапии [24].

4.2. Поведенческая коррекция детей с РАС

Коррекция поведения у детей с аутизмом имеет ключевое значение и направлена на помощь ребенку с нарушениями в развитии для адаптации к окружающей среде и активного участия в жизни общества. Важно понимать, что дети с аутизмом не лучше и не хуже других, они просто отличаются. Характерной чертой таких детей является «взгляд, погруженный в себя», что мешает им установить связь с внешним миром. Хотя может казаться, что аутистам не требуется общение, они на самом деле нуждаются в нем, но не знают, как его организовать. Задача родителей – помочь ребенку наладить контакт с окружающим миром.

Процесс поведенческой коррекции включает несколько этапов [25]:

1. *Диагностическое исследование.* На этом этапе проводятся следующие методики:

- Методика диагностики раннего детского аутизма (Лебединская К. С., Никольская О. С.), которая позволяет выявить особенности развития всех нервно-психических сфер ребенка, содействует ранней диагностике и терапии РДА, а также помогает в выборе методов психологической коррекции.

- Методика диагностики эмоциональных нарушений у детей (Бардышевская М. К., Лебединский В. В.), которая помогает определить области непереносимых и переносимых аффективных нагрузок, описать варианты патологического реагирования ребенка на нагрузки разной сложности и соотнести их с более адаптивными реакциями.

- Наблюдение за самостоятельной активностью ребенка во время беседы с родителями также предоставляет ценную информацию.

2. *Фиксация проблемного поведения.* Для изменения поведения необходимо понять, что вызывает эту реакцию и какие могут быть пусковые стимулы. Наблюдение и запись эпизодов проблемного поведения необходимы для правильной оценки связи между поведением и внешними факторами. Важно детально изучить, как часто и в каких ситуациях проявляется это поведение. Самый надежный способ – наблюдать за ребенком и фиксировать информацию о проблемах поведения. Во время наблюдения фиксируются следующие моменты:

- Что предшествовало появлению проблемного поведения?
- Эпизод проблемного поведения.
- Что произошло после проблемного поведения?

3. *Выбор коррекционного подхода.* Перед началом работы необходимо обоснованно выбрать коррекционный подход, который будет применяться.

4. *Разработка и апробация методов коррекции.* Этот этап включает в себя: определение корректируемого поведения у ребенка, проявлений, причин, методов коррекции и организацию окружающего пространства. Пример:

- Определение корректируемого поведения и проявление у ребенка:

локальные страхи, проявляющиеся в негативной реакции на громкие голоса и крики детей.

- Причины: громкие голоса детей слишком интенсивны для ребенка с точки зрения сенсорных характеристик.

- Методы коррекции: предложить ребенку простой комментарий о происходящем, используя спокойную интонацию, подчеркивая незначительность пугающего объекта или ситуации.

- Условия изменения окружающего пространства: контролировать педагогу силу и громкость своего голоса; поддерживать в группе спокойную атмосферу.

4.3. Тактика поведенческой терапии

Некоторые аспекты поведенческой терапии (точнее, когнитивно-поведенческого подхода) можно проиллюстрировать на примере агорафобии — сложного тревожного расстройства. На первом этапе терапевт тщательно оценивает проблему пациента и факторы, поддерживающие ее. Далее лечение может быть разнообразным, но ключевым элементом терапии является экспозиция *in vivo*. Терапевт и пациент совместно составляют иерархию ситуаций, вызывающих у пациента страх и которые он избегает. Затем следует систематическая экспозиция этих ситуаций до тех пор, пока избегание не уменьшается и страх не исчезает.

Пациенту объясняют процедуры лечения и их значение. Его проблемы рассматриваются как реакции страха и избегания, приобретенные в результате научения, которые можно преодолеть с помощью переучивания. Терапевт подчеркивает важность систематической экспозиции, противопоставляя ее спонтанным и непродуманным попыткам пациентов слишком быстро войти в ситуации страха, что является типичной ошибкой.

Подготовка к каждой экспозиции включает три шага: 1) признание и принятие чувства страха; 2) идентификация когнитивных искажений, которые вызывают или усиливают страх; 3) противодействие когнитивным искажениям. Вместо катастрофизации («О, нет! Опять это! Мне страшно!») пациента учат самоинструкциям, полезным для совладания (например: «Эта тревога неприятна, но не опасна. Пройдет. Подумай, что можно сделать сейчас. Без паники»). Эти подготовительные копинг-реакции часто репетируются в воображении.

Терапевт может сопровождать пациента во время экспозиции *in vivo*, обеспечивая поддержку и социальное подкрепление. Хотя терапевт проявляет сочувствие к пациенту, испытывающему страх, он остается твердым в необходимости систематической экспозиции. Важное правило заключается в том, что если пациент вошел в ситуацию страха, он не может покинуть ее, пока страх не уменьшится. Пациентам разрешается ретироваться, если это абсолютно необходимо, но так, как это предварительно согласовано.

Во-первых, недопустим резкий выход из ситуации: пациенты должны

оставаться в ситуации так долго, как только можно, даже если они испытывают значительный дискомфорт. Во-вторых, если они не могут оставаться в ситуации, они выходят из нее запланированным способом, а не спасаются бегством. Например, если ситуацией является супермаркет, они перемещаются в менее людное место магазина и пытаются успокоиться. Если не удастся, они выходят из магазина, но не бросаются в «безопасное» место, а как можно скорее пытаются снова войти в магазин.

После экспозиции терапевт и пациент анализируют произошедшее. Это дает возможность терапевту понять, как пациент интерпретирует свой опыт, и выявить иррациональные когнитивные процессы. Например, пациенты, страдающие агорафобией, склонны обесценивать позитивные достижения: они не всегда приписывают успех своим копинг-способностям и поэтому не достигают эффекта.

Пациентам дается домашнее задание — специфические инструкции о том, как проводить экспозиции дома. Им предлагают ежедневно детально записывать все, что они делали, чувствовали, с какими проблемами сталкивались. Эти самоотчеты просматриваются терапевтом перед началом следующей встречи. Помимо того, что эти записи дают терапевту информацию о прогрессе в лечении, они способствуют процессу изменения когниций пациентов. Например, из-за своего негативного мышления пациенты часто сетуют на слабую эффективность лечения. Терапевт может указать на специфические успехи, отмеченные в дневниковых записях, которые пациенты не восприняли достаточно серьезно.

Домашние задания требуют активного участия супруга или других членов семьи. Терапевт приглашает супруга на один сеанс, чтобы оценить его желание и способность обеспечить необходимую поддержку, а также объяснить ему, что требуется. А. Метьюс с коллегами издали терапевтические учебники для страдающих агорафобией и их супругов, где описывают каждый шаг экспозиции *in vivo* и подчеркивают общую ответственность.

Часто пациенты терпят неудачу при выполнении домашних заданий. Существует несколько возможных причин этого: от плохо составленного задания до сопротивления изменениям. Все эти причины должны быть рассмотрены, когда терапевт анализирует причины невыполнения его назначений. Другая возможность состоит в том, что супруг не склонен к сотрудничеству и даже пытается саботировать терапию. Одним из преимуществ включения супруга в терапию является то, что его сопротивление быстро выявляется, и к нему можно обратиться напрямую в терапевтических сеансах. Супружеская терапия может быть необходимой для решения межличностного конфликта, который может блокировать улучшение у пациента.

Дополнительные техники могут применяться к экспозиции *in vivo*, чтобы помочь пациентам более конструктивно справляться с различными источниками стресса. Например, одним пациентам может понадобиться тренинг утвердительного поведения для преодоления стресса, вызванного

межличностным конфликтом, другим — обучение способам справляться с подавленным гневом.

Наконец, перед завершением лечения терапевт работает над предупреждением рецидива. Пациентов предупреждают, что в будущем они могут неожиданно снова испытать страх. Пациенты используют воображение для проецирования такого рецидива страха и учатся справляться с чувствами, воссоздавая успешные копинг-реакции. Их убеждают, что эти чувства вполне нормальны, ограничены во времени и не обязательно сигнализируют о рецидиве. Пациенты понимают, что способ их интерпретации своих чувств определяет, возникнет ли у них рецидив или нет.

Поведенческая терапия обычно краткосрочная, но возможно и более длительное лечение, от 25 до 50 занятий. В типичных случаях терапевт заключает контракт с пациентом на лечение длительностью от 2 до 3 месяцев (примерно 8-12 занятий) и в конце оценивает его результаты. Отсутствие улучшений является поводом для анализа верности концептуализации проблем пациента, выбора применяемой техники или необходимости использования другой формы лечения. При завершении терапии терапевт избегает внезапного прекращения лечения. Происходит постепенное сокращение числа занятий от одного раза в неделю до одного раза в две недели, до одного раза в месяц и т.д. Активность терапевта постепенно уменьшается, занятия могут быть короче, иногда контакты с пациентом поддерживаются по телефону [26].

4.4. Приемы и техники поведенческой терапии для детей с РАС

Заполнение пустоты. Эта техника применяется для выявления автоматических мыслей. Психотерапевт разделяет событие, вызвавшее негативные переживания, на три части: само событие; «рой» неосознанных мыслей, образующих «пустоту»; неадекватная реакция и дальнейшие действия пациента. Задавая вопросы, специалист помогает заполнить «пустоту» между инициирующим событием и реакцией на него, которую пациент не может объяснить.

После выявления деструктивных мыслей их необходимо скорректировать. Для этого терапевт использует такие техники, как декатастрофизация, реатрибуция, переформулирование и децентрализация.

Декатастрофизация. Многие пациенты склонны к преувеличению последствий негативных событий. Например, люди с повышенной тревожностью не могут избавиться от мыслей о том, что окружающие — знакомые и особенно незнакомые люди — плохо о них думают. Они постоянно напряжены, боятся услышать критику и «сочиняют» реакции посторонних людей. Отвечая на вопрос психотерапевта «Что если...», пациент начинает осознавать, насколько ошибочны его выводы и нелепы ожидания условного «конца света». Он видит, что фактически происходит и к каким последствиям это приводит, готов к возможным

неприятностям и переживает их менее остро.

Переформулирование. Пациент убежден, что не может контролировать свою проблему. Например, он одинок и считает, что никому не нужен, никто им не интересуется и не обращает на него внимания. Психотерапевт помогает ему сформулировать проблему по-другому, конкретизировать ее так, чтобы пациент изменил свою схему поведения.

Децентрализация. Тревожные люди, склонные к депрессиям и паранойе, нередко считают себя «центром вселенной», присваивая события, которые не имеют к ним никакого отношения. Задача этой техники – сместить фокус с пациента на более объективные внешние обстоятельства.

Реатрибуция. Помогает развенчивать уверенность пациента в том, что причина произошедших событий кроется исключительно в нем, в какой-то определенной персоне или факторе. Используя технику «Реатрибуция», специалист проверяет соответствие фактов действительности, выявляет, какие факторы способствовали развитию ситуации. В результате совместной работы пациент сам осознает свои ошибочные убеждения.

Принятие решений. Если пациент впадает в ступор при необходимости принять решение, ему предлагают простое упражнение: разделить листок бумаги пополам и расписать все преимущества и недостатки имеющихся вариантов. Затем, анализируя каждый пункт, пациенту будет проще сделать выбор.

Рефокусирование. Когда навязчивые мысли не дают покоя, пациент фиксирует их наличие, осознает возможные последствия постоянного «пережевывания» этих мыслей и старается переключить свое внимание на что-то другое, например, на работу или отвлекающее занятие, которое заранее подготовил для таких случаев.

Последовательное приближение. Масштабные цели могут пугать и мешать двигаться вперед. Решить задачу будет проще, если разбить ее на несколько небольших шагов и концентрироваться на ближайшем из них. Нарисованная схема шагов на бумаге помогает усилить успокаивающий эффект.

Смена ролей. Психотерапевт и пациент меняются ролями. Пациент, играя роль терапевта, должен убедить специалиста в том, что его мысли иррациональны, а убеждения дезадаптивны. Таким образом он сам себе даст аргументированный ответ, почему его суждения и оценка событий неадекватны.

Использование метафор. Эта техника помогает включить воображение пациента. Используя цитаты, притчи и метафоры, психотерапевт делает объяснение более образным, ярким и доступным для понимания.

Когнитивно-поведенческая терапия помогает выявить корни проблемы, источник, подпитывающий деструктивные мысли, и «переписать» привычные схемы и шаблоны действий, выстроив позитивные и конструктивные установки [27].

4.5. Международная классификация болезней МКБ-10 расстройства общего развития F84

- F84.0 – детский аутизм
- F84.1 – атипичный аутизм
- F84.2 – синдром Ретта
- F84.3 – другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 – гиперактивное расстройство, ассоциированное с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 – синдром Аспергера
- F84.8 – другие расстройства общего развития
- F84.9 – расстройство общего развития, не уточненное

Также могут быть диагностированы следующие состояния с подрубриками: F20, F21, F25.21, F07.8, F07.87

Искаженное развитие ребенка с расстройством аутистического спектра (по В. В. Лебединскому). У детей с расстройствами аутистического спектра наблюдаются два ключевых патогенных фактора [28]:

- Снижение порога аффективного дискомфорта при взаимодействии с окружающей средой и людьми.
- Нарушение способности активно взаимодействовать с внешней средой.

Классификация О. С. Никольской

- 1 группа: Глубокая аффективная патология, проявляющаяся в отрешенности от внешнего мира. Характеризуется отсутствием речи, полемым поведением, дети практически не имеют целенаправленных точек взаимодействия с окружающей средой.

- 2 группа: Активное стремление к сохранению постоянства в окружающей среде и в коммуникативных и речевых формах. Выражается в избирательном стремлении к привычным и приятным сенсорным ощущениям. Речь может быть представлена штампами, в инфинитиве или третьем лице, часто сопровождается эхолалией.

- 3 группа: Сложные формы аффективной защиты, сосредоточенность на собственных переживаниях. Дети поглощены одними и теми же занятиями и интересами, их поведение реализуется в форме монолога, без учета внешних обстоятельств и в отсутствии диалога с окружающим миром.

- 4 группа: Трудности в организации общения при вступлении в диалог с миром и людьми, повышенная ранимость, замедленность при взаимодействии с окружающими.

4.6. Организация и проведение психологического обследования детей с расстройствами аутистического спектра

Перед проведением первичной оценки необходимо собрать следующие данные [29]:

1. Медицинский анамнез: информация о предыдущих диагнозах, местах их постановки и результатах обследований узких специалистов.

2. Раннее развитие: особенности моторного, речевого и психического развития ребенка.

3. Предшествующая работа: данные о том, где и какими методами проводилась работа с ребенком ранее.

4. Повседневное поведение: использование речи, понимание обращенной речи, выполнение просьб, самостоятельная игра.

5. Реакция на новые ситуации: страхи, тревоги, истерики и поведение на улице.

6. Навыки самообслуживания: проблемы со сном, питанием, туалетом, реакция на боль, холод и голод.

Анализ информации от родителей проводится по следующим направлениям[30]:

-Тип поведения дома: преобладание стереотипов, адаптация к ситуации, или же полевое поведение.

- Психическая активность: уровень активности (низкий, высокий, адекватный), колебания уровня активности в течение дня, истощаемость и общий фон настроения.

- Самостоятельная игра и деятельность: особенности игр и действий ребенка, например, прыгание на диване, упорядочивание игрушек, или частые "хулиганские" поступки.

- Коммуникативные способности: речевая активность, формы общения, использование жестов и других способов коммуникации.

- Бытовые навыки: уровень развития навыков самообслуживания, таких как еда, туалет и одевание.

-Поведенческие проблемы: наличие агрессии, страхов, гиперчувствительности и других проблем.

Реакция на стресс у детей с РАС (по Б. Нейсон) [31].

- "Уходы в себя": при перегрузке стимулами нервная система ребенка может закрываться для восстановления; ребенок может стать сонливым, вялым, смотреть в пространство, закрывать глаза и не реагировать на окружающих.

- Эмоциональные срывы: ребенок может проявлять агрессивное поведение, например, бить, пинаться, толкаться, швырять предметы, кусать себя или биться головой, что обеспечивает проприорецептивную стимуляцию и снижает уровень стресса.

Правила первичной психолого-педагогической диагностики детей с РАС (по Мамайчук И.И., Моржина Е.В., Захарова И.Ю.)[32]

- Исключите принудительный подход к ребенку.

- Уведомите родителей о недопустимости принудительного контакта перед обследованием.

- Не собирайте анамнез в присутствии ребенка, чтобы не вызвать у него негативные реакции.

- Удалите из зоны досягаемости ребенка предметы, которые могут быть опасными, такие как острые или бьющиеся предметы, вода и еда.

- Обеспечьте мягкое освещение, тишину и отсутствие резких запахов, чтобы не раздражать гиперчувствительных детей.

- Если ребенок проявляет негативизм или страх, предложите ему выбрать игрушку из заранее подготовленного набора, не делайте замечаний за поведенческие отклонения.

- При снижении психического тонуса или быстрой истощаемости предоставьте ребенку время для отдыха или увеличьте темп заданий, если он успешно справляется.

- В случае выраженного негативизма, попробуйте использовать куклу из набора кукольного театра для выполнения заданий.

Особенности проведения обследования детей с РАС

- Процесс обследования занимает больше времени.

- Диагностика проводится поэтапно и комплексно.

- Необходимо адаптировать методы и приемы для индивидуального подхода.

- Подберите значимые и интересные материалы для обследования, такие как игрушки и иллюстрации, которые соответствуют возрасту и интересам ребенка.

Анализ данных, полученных на первичном приеме

- Сенсорная сфера: особенности зрительных, слуховых, тактильных, вестибулярных и проприоцептивных ощущений.

- Двигательная сфера: двигательные навыки и координация.

- Эмоционально-волевая сфера: эмоциональное состояние и волевые усилия.

- Речь: уровень развития речи и ее формы.

- Познавательная сфера: когнитивные способности и познавательные процессы.

4.7. Сложности диагностики детей с РАС и функциональные последствия

Сложности диагностики, связанные с культурой. Культурные различия могут влиять на нормы социального взаимодействия, невербальной коммуникации и отношений, и эти различия могут затруднять диагностику расстройств аутистического спектра. Например, нарушения, характерные для аутистического спектра, могут значительно отклоняться от культурных норм. Социально-экономические и культурные факторы могут также влиять на возраст постановки диагноза. В США, например, среди детей афроамериканского происхождения часто наблюдаются случаи поздней диагностики или отсутствия диагноза.

Сложности диагностики, связанные с полом. Расстройства

аутистического спектра в четыре раза чаще диагностируются у мужчин, чем у женщин. У женщин с аутистическим расстройством чаще наблюдаются сопутствующие интеллектуальные нарушения. Это может указывать на то, что у девочек, у которых нет сопутствующих интеллектуальных нарушений или задержек в развитии речи, трудности в социальном взаимодействии и коммуникации могут быть менее заметны, что затрудняет постановку диагноза.

Функциональные последствия расстройств аутистического спектра. У маленьких детей с расстройствами аутистического спектра недостаток социальных и коммуникативных навыков может затруднить обучение, особенно в контексте групповых взаимодействий. В домашних условиях строгое соблюдение рутин и чувствительность к сенсорным раздражителям могут нарушать режим питания и сна, делая рутинные процедуры, такие как стрижка волос или визиты к стоматологу, крайне сложными. Адаптивные навыки, как правило, ниже показателей IQ, и значительные трудности в планировании и организации могут негативно сказываться на учебной успеваемости даже у детей с высоким уровнем интеллекта. В зрелом возрасте сохранение ригидности и трудности с адаптацией к новизне могут затруднить достижение самостоятельности. Даже если у людей с расстройствами аутистического спектра нет интеллектуальных нарушений, они часто демонстрируют низкий уровень психосоциального функционирования, что видно по их независимости в жизни и трудоустройству. Последствия в пожилом возрасте остаются неизученными, но проблемы с коммуникацией и социальной изоляцией могут серьезно влиять на здоровье пожилых людей [33].

Вопросы для самоконтроля

1. В каких направлениях применяется поведенческая терапия и как оценивается её эффективность?
2. Каковы особенности применения поведенческой терапии в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра?
3. Какова структура и ключевые этапы процесса поведенческой коррекции?
4. Как выстраивается алгоритм реализации поведенческой терапии: основные шаги и практические рекомендации?
5. Какие методы и принципы лежат в основе техник поведенческой терапии при работе с детьми с РАС?
6. В чём заключается первичное поведенческое диагностическое исследование: его цели, структура и сферы применения?
7. Какие методы используются в диагностике в рамках бихевиорального подхода и как они классифицируются?
8. Как учитываются индивидуальные особенности в описании поведения с позиции поведенческой диагностики?
9. Какие этические принципы и профессиональные стандарты лежат в основе поведенческого анализа?

10. Какие существуют возможности и ограничения поведенческой терапии: в чём заключается её эффективность и границы применения?
11. В каком смысле бихевиоральная терапия может рассматриваться как образовательный процесс?
12. Как классифицируются дети с РАС при проведении диагностического обследования?
13. Какие принципы лежат в основе организации психологического обследования ребёнка с расстройствами аутистического спектра?
14. Каковы этапы и методологические подходы в алгоритме первичной психолого-педагогической диагностики?
15. Какие диагностические затруднения возникают при обследовании детей с РАС, и каковы возможные пути их преодоления?

Темы Рефератов.

1. Области применения поведенческой терапии
2. Применение поведенческой терапии в коррекции детей с РАС.
3. Бихевиоральная терапия как образовательный процесс.
4. Групповая поведенческая психотерапия.
5. Первичное поведенческое диагностическое исследование.
6. Психологическая готовность родителей детей с РАС к инклюзии
7. Проблемные аспекты психологической диагностики детей с РАС
8. Психолого-педагогическая диагностика детей РАС.
9. Особенности психологической диагностики поведенческим психологом.

Тест для самопроверки

1. Какой метод является основным в поведенческой терапии при лечении фобий?
 - a) Когнитивное реструктурирование
 - b) Систематическая экспозиция
 - c) Супружеская терапия
 - d) Метод биофидбэка
 - e) Психоанализ
2. Какой метод коррекции является предпочтительным для пациентов с выраженными изменениями личности и низким уровнем самообслуживания?
 - a) Когнитивная терапия
 - b) Жетонная система
 - c) Групповая терапия
 - d) Психоанализ
 - e) Музыкальная терапия
3. По данным О. Ловааса, какой процент детей с аутизмом достигает нормального интеллектуального и поведенческого функционирования после интенсивного поведенческого лечения?

- a) 20%
 - b) 30%
 - c) 47%
 - d) 60%
 - e) 70%
4. Какой процент детей с аутизмом в контрольной группе достиг нормального функционирования по данным О. Ловааса?
- a) 5%
 - b) 10%
 - c) 20%
 - d) 30%
 - e) 2%
5. Какой из следующих этапов является первым в процессе поведенческой коррекции детей с РАС?
- a) Разработка и апробация методов коррекции
 - b) Диагностическое исследование
 - c) Фиксация проблемного поведения
 - d) Выбор коррекционного подхода
 - e) Наблюдение за самостоятельной активностью ребенка
6. Что необходимо для правильной фиксации проблемного поведения у ребенка с РАС?
- a) Применение метода когнитивного реструктурирования
 - b) Использование поведенческой супружеской терапии
 - c) Наблюдение и запись эпизодов проблемного поведения
 - d) Проведение психоанализа
 - e) Применение медикаментозного лечения
7. Какой метод коррекции рекомендуется при локальных страхах, проявляющихся в негативной реакции на громкие голоса и крики детей?
- a) Метод когнитивного реструктурирования
 - b) Тренинг социальных навыков
 - c) Предложение ребенку простого комментария о происходящем, используя спокойную интонацию
 - d) Психотерапия
 - e) Групповая терапия
8. Что является частью условий изменения окружающего пространства для коррекции поведения ребенка с РАС?
- a) Изменение диеты ребенка
 - b) Введение новых образовательных программ
 - c) Контроль педагога за силой и громкостью своего голоса; поддержание спокойной атмосферы в группе
 - d) Увеличение продолжительности учебного дня

е) Проведение регулярных медицинских обследований

9. Какой ключевой элемент является центральным в поведенческой терапии при лечении агорафобии?

а) Медикаментозное лечение

б) Групповая терапия

с) Экспозиция in vivo

д) Гипнотерапия

е) Йога и медитация

10. Какой первый шаг включает подготовка к каждой экспозиции?

а) Изучение истории болезни

б) Признание и принятие чувства страха

с) Групповое обсуждение

д) Применение лекарственных средств

е) Медитация

5. ЛЕКЦИЯ Поведенческие подходы в терапии расстройств аутистического спектра: факторы выбора коррекционного подхода, основные группы подходов, прикладной анализ поведения (АВА), обучение ключевым навыкам (PRT), программа TEACCH, эмоционально-уровневый и эмоционально-смысловой подходы, метод Tomatis, холдинг-терапия.

Современные подходы к коррекции расстройств аутистического спектра также регламентируются международными клиническими рекомендациями. Так, в руководствах Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи Великобритании (NICE) подчеркивается приоритет использования поведенческих и психообразовательных вмешательств с доказанной эффективностью, а также необходимость индивидуализации программ с учетом уровня функционирования ребенка [34]. Всемирная организация здравоохранения (WHO) также акцентирует внимание на раннем вмешательстве, междисциплинарном подходе и вовлечении семьи в коррекционный процесс [35]. При этом подчеркивается важность использования научно обоснованных методов и ограничение применения вмешательств с недостаточной доказательной базой.

5.1. Факторы, которые необходимо учитывать при выборе коррекционного подхода для РАС

Существует широкий спектр методов коррекции расстройств аутистического спектра (РАС), различающихся по теоретическим основаниям и степени эмпирической подтвержденности. В современной научной литературе принято разграничивать подходы с доказанной эффективностью и методы с

ограниченной или недостаточной доказательной базой. К числу наиболее эмпирически обоснованных относятся поведенческие и когнитивно-поведенческие вмешательства (в частности, прикладной анализ поведения). Наряду с ними используются подходы, ориентированные на аффективное развитие (эмоционально-уровневый и эмоционально-смысловой), а также методы с менее подтвержденной эффективностью (эстетотерапия, зоотерапия, сенсорные воздействия и др.) [36]. Разнообразие коррекционных стратегий обусловлено сложной структурой нарушений при РАС и вариативностью их поведенческих проявлений.

1. Характеристика дефекта. Особенности каждого метода коррекции зависят от задач, которые ставятся на начальном этапе, и от того, какая сфера психической деятельности является доминирующей. Поэтому для детей с выраженными аффективными нарушениями, особенно если они мешают общению и развитию, целесообразно применять эмоционально-уровневый подход. В случаях, когда умственная отсталость значительна и интеллектуальные нарушения соперничают с эмоциональными, стоит использовать поведенческие методики, которые помогут развить интеллект.

2. Организационные возможности. Важно, чтобы в наличии были специалисты, хорошо владеющие выбранными методиками. Это условие часто сложно выполнить, но оно должно быть соблюдено хотя бы частично. Также имеет значение объем работы — например, начинать комплексную поведенческую терапию при менее 15-20 часов индивидуальных занятий в неделю не рекомендуется. Важны условия для занятий: возможность выбора и изменения места проведения, а также организация пространственной среды. ТЕАССН-подход и поведенческая терапия требуют определенного уровня организации пространства. Если невозможно убрать лишние предметы, подбирать нужные материалы и изменять расстановку мебели, лучше отказаться от этих методов. Эмоционально-уровневый подход проще в этом плане, так как создание комфортной среды для ребенка и психолога легче. При выборе коррекционного метода необходимо учитывать организационные аспекты в образовательном или медицинском учреждении.

3. Возраст ребенка. Важным фактором в выборе подхода является возраст ребенка на момент начала коррекции. Учитывается не только психический возраст, который следует определять не только по тестам, но и по качественному анализу развития ребенка и его социальной адаптации. Сложность диагностики возрастных отклонений делает определение психологического возраста сложной задачей. Например, если ребенок имеет значительное отставание в аффективной сфере, следует начать коррекцию с эмоционально-уровневого подхода. Однако при глубокой патологии этого подхода может быть недостаточно, и через некоторое время могут потребоваться другие методы. Возраст ребенка также влияет на сложность формирования поведенческих навыков. Если воздействие на

аффективную сферу невозможно, следует использовать более сохранные функции для максимального раскрытия потенциала ребенка.

4. Социальная ситуация развития. Для выбора подхода нужно проанализировать возможности социальной адаптации ребенка. Важно выяснить, как ребенок вписывается в семью и каковы ожидания родителей. Позиция родителей, их требования и готовность к сотрудничеству играют значительную роль. Если сотрудничество невозможно (например, если ребенок находится под присмотром бабушки), лучше применить эмоционально-уровневый подход, ориентированный на текущее взаимодействие. Поведенческий и ТЕАССН подходы требуют длительного изменения всех сфер жизни ребенка и более тесного сотрудничества семьи и специалистов. Если же требуется обучить жизненно важным навыкам, такие как самообслуживание и невербальная коммуникация, следует учитывать эти потребности. В условиях недостаточной специализированной помощи в стране, особенно для детей с сложными формами аутизма, может быть более целесообразным адаптировать ребенка к окружающей среде, а не наоборот.

5.2. Пять основных групп подходов к терапии РАС

В 2015 году в уважаемом медицинском журнале The Lancet был опубликован систематический обзор исследований по расстройствам аутистического спектра (РАС). В этом обзоре была проанализирована обширная база работ, включая исследование Джеральдин Доусон, озаглавленное «Behavioral interventions in children and adolescents with autism spectrum disorder: a review of recent findings». На основе анализа были выделены пять основных групп подходов к терапии РАС [37]:

1. Ранние интенсивные вмешательства. В Казахстане этот метод обычно называют прикладным анализом поведения, хотя это не совсем точно. Обзор рассматривал два ключевых метода прикладного анализа поведения (ПАП) — метод обучения блоками (discreet trial training), известный также как метод UCLA (University of California, Los Angeles), и более поздние терапии, такие как обучение ключевым навыкам (pivotal response treatment, PRT). Среди наиболее значимых методов ПАП стоит упомянуть раннюю денверскую модель (Early Start Denver Method, EDSM), которая на сегодняшний день также занимает ведущие позиции в терапии РАС.

2. Направленное поведенческое вмешательство. Этот метод фокусируется на конкретных навыках или областях функционирования ребенка, а не на всем спектре расстройства. Направленные программы интервенции, в отличие от ПАП, обычно занимают меньше времени: от 10 до 50 часов по сравнению с 1000-4000 часами для ПАП.

3. Методы, включающие родителей. Эффективность любой программы зависит от вовлеченности родителей. Вмешательство должно быть постоянным, и

родители должны активно участвовать в процессе. Существуют методы, которые обучают родителей, как стать компетентными помощниками, работая дома и поддерживая терапию (parent-mediated early intervention), а также методы, где родители обучаются самостоятельно проводить вмешательство (parent-delivered early intervention).

4. Методы для работы со взрослыми. Эти подходы делятся на две группы: одни направлены на развитие социально-коммуникативных навыков, а другие — на профессиональные навыки. К числу таких вмешательств относятся образовательные и педагогические программы для подростков. Появляется все больше методов, ориентированных на социальные и коммуникативные навыки, включая новые разработки для девочек и более широкую сферу адаптации для взрослых, так как предыдущие поколения людей с РАС начинают взрослеть и входят в общественную жизнь.

5. Комбинация когнитивно-поведенческой терапии и прикладного анализа поведения. Этот метод сочетает элементы когнитивно-поведенческой терапии (CBT) и прикладного анализа поведения.

The Lancet оценил каждый из подходов по эффективности, используя различные методы оценки, такие как измерение стандартного отклонения, чтобы определить уровень эффективности от низкой до высокой. Согласно обзору, высокая эффективность в исследованиях не была отмечена, были зафиксированы только низкая и средняя эффективность.

В США клиническая деятельность характеризуется постоянным глубоким самоанализом. Существует несколько систематических обзоров, которые обобщают значительное количество исследований. Важно, чтобы в будущем в нашей стране началась систематическая сборка эмпирических данных из разных регионов, чтобы через 10–15 лет можно было провести аналогичные обзоры и оценить применение вмешательств на практике.

5.3. Прикладной анализ поведения

Методика, основанная на научных принципах поведения, направлена на формирование социально значимых навыков и знаний у детей. В основе этой методики лежат мотивация и система поощрения успехов ребенка в обучении. Желаемое поведение вознаграждается, что стимулирует ребенка действовать в нужном направлении. Прикладной анализ поведения (ПАП) или метод АВА (Applied Behavior Analysis) является одним из наиболее эффективных способов коррекции аутизма. Эта методика включает поведенческие технологии и обучающие методики, которые помогают изучать влияние факторов окружающей среды на поведение ребенка с аутизмом и изменять его. АВА терапия основывается на принципе, что поведение человека сопровождается определенными последствиями, и если ребенку это нравится, он будет повторять это поведение, а если нет — избегать его. АВА терапия улучшает навыки

коммуникации, адаптационное поведение и способности к обучению, снижая проявления поведенческих отклонений. Исследования подтверждают, что раннее начало терапии (в дошкольном возрасте) обеспечивает более значительные результаты. АВА терапия включает различные методы коррекции поведенческих нарушений, разработанных учеными, и основана на принципах прикладного поведенческого анализа. В рамках этого подхода сложные навыки, такие как речь, социальные контакты, творческая игра, умение слушать и смотреть в глаза, разбиваются на мелкие блоки. Каждый блок изучается отдельно, а затем объединяется в одно сложное действие. При обучении ребенку с расстройствами аутистического спектра специалист по АВА дает задания, при необходимости предоставляет подсказки и вознаграждает правильные ответы, игнорируя ошибки.

Современные методы обучения и коррекции поведения, основанные на принципах АВА, являются одними из немногих научно обоснованных подходов к коррекции расстройств аутистического спектра. Исследования И. Ловааса показывают, что до 40% детей с аутизмом преодолевают задержки развития и успешно интегрируются в коллектив сверстников благодаря применению поведенческого вмешательства. Ивар Ловаас, американский психиатр и один из основателей прикладного анализа поведения, предложил поведенческий подход, предполагающий коррекцию аутизма через строгую, пошаговую систему модификации поведения. Эта система требует интенсивных занятий, около 35–40 часов в неделю, и должна применяться с раннего возраста. В статье 1987 года «Поведенческое вмешательство и нормальное познавательное и интеллектуальное функционирование маленьких детей с аутизмом» Ловаас представил результаты исследования Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе, где 9 из 19 детей, прошедших терапию по его методу, стали «неотличимы от сверстников». АВА изучает поведение как объект исследования и его взаимосвязь с окружающей средой. Это включает анализ поведения в контексте окружающей среды и поиск функциональных взаимосвязей. Принципы и законы поведения лежат в основе воздействия на него.



оказать влияние?

Рисунок 1. Изучение поведения в контексте окружающей среды и поиска функциональных взаимосвязей.

АВА особенно эффективен при работе с детьми с РАС, так как учитывает их ключевые особенности и помогает создать индивидуальный план обучения. Для реализации АВА программы необходимо, чтобы она проводилась под кураторством поведенческого аналитика, с минимумом 1000 часов практики под супервизией и прохождением как минимум 4 модулей обучения, или под супервизией сертифицированного поведенческого аналитика (BCBA, CBSD), с минимум 1500 часов практики и 5 модулями обучения [38].

5.4. PRT (Pivotal Responuse Treatment) – обучение основным/ключевым навыкам/реакциям.

Обучение ключевым навыкам (PRT), также известное как обучение ключевым реакциям, представляет собой форму поведенческого вмешательства для аутизма. Основатели метода доказали через многочисленные исследования, что развитие двух ключевых поведенческих навыков, таких как мотивация и способность реагировать на различные сигналы, является наиболее эффективным для улучшения поведения у детей с аутистическим спектром.

В 1960-х годах попытки лечения аутизма не приносили значительных успехов, что побудило исследователей сосредоточиться на поведенческих методах. Линн и Роберт Когель предложили, что акцент на ключевых реакциях может сделать вмешательство более успешным и действенным. Их гипотеза заключалась в том, что улучшение этих основных навыков приведет к положительным изменениям в других областях.

Основные направления обучения ключевым навыкам включают мотивацию и инициативу. Также уделяется внимание самоконтролю, восприятию чувств и способности реагировать на множество стимулов одновременно. Для освоения таких навыков, как очередность, коммуникация и речь, используется игровая среда. При этом ребенок контролирует процесс обучения, делая выбор, определяющий ход терапии. Родители играют важную роль в этом процессе, выступая в качестве главных посредников вмешательства [39].

Эффективность PRT подтверждена многочисленными исследованиями. Метод направлен на повышение мотивации ребенка к освоению новых навыков с помощью конкретных стратегий, таких как:

- четкие инструкции и вопросы от терапевта;
- выбор стимулов самим ребенком;
- поддержка ранее освоенных задач;
- прямое подкрепление;
- подкрепление целенаправленных попыток правильного ответа;

- смена ролей для моделирования взаимодействий.

Метод PRT представляет собой натуралистический подход к обучению, который структурирован, чтобы помочь детям освоить сложные навыки в игровой форме, и в то же время достаточно гибок, чтобы дети могли оставаться творческими. Ребенок получает подкрепление за каждый шаг в игре, а терапевт моделирует более сложные игры и предлагает новые идеи. Исследования показывают, что дети с аутизмом могут научиться спонтанной и творческой игре, соответствующей их возрасту.

Основная цель PRT - развивать мотивацию у детей с аутизмом для реакции на сигналы и социальные взаимодействия, заменяя ненадлежащее поведение. Этот метод фокусируется на устранении дефицитов развития, а не на конкретных поведенческих. Родителей обучают проводить терапию в естественной среде ребенка, используя естественные и целевые системы вознаграждения.

PRT-терапевты работают с детьми в игровой среде, поощряя значимое социальное поведение. Например, за правильный ответ на вопрос о цвете ребенок получает соответствующий карандаш для рисования. Эта терапия подходит для дошкольников и младших школьников, включая тех, у кого тяжелая степень аутизма.

Доктора Роберт и Линн Когель из Калифорнийского университета в Санта-Барбаре разработали метод PRT и опубликовали более 200 научных статей, подтверждающих его эффективность. PRT признан одной из десяти модельных программ для аутизма и одной из четырех научно обоснованных практик для работы с аутистами в США.

Недавние исследования показали, что PRT улучшает не только работу мозга, но и социально-коммуникативные навыки у детей с аутизмом. Доктор Кевин Пелфри из Йельского университета и его коллеги представили результаты исследования на Международном совещании по изучению аутизма (IMFAR). Они наблюдали шестерых детей в возрасте от 4 до 6 лет, которые прошли четырехмесячный курс PRT. До и после лечения детям проводилось неинвазивное сканирование мозга, которое показало повышение активности в областях мозга, ответственных за социальные сигналы. Эти изменения соответствовали улучшению социальных навыков у детей, что подтверждается поведенческими чек-листами [39].

PRT доказал свою эффективность в улучшении поведения и социальных навыков у детей с аутизмом, делая его ценным методом вмешательства.

5.5. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) – программа, позволяющая обучать детей с аутизмом и детей с особыми потребностями.

TEACCH представляет собой методику структурированного обучения с акцентом на окружающую среду. Целевой возрастной диапазон – от 3 до 14 лет (с

речевым развитием, соответствующим уровню 5-летнего ребенка).

Цели обучения включают:

- Максимальное развитие независимости ребенка.
- Помощь в эффективном взаимодействии с окружающими.
- Расширение и совершенствование интеллектуальных навыков, школьных умений и индивидуальных способностей.
- Стимулирование применения новых навыков в различных ситуациях (дома, в детском саду, школе).
- Развитие самосознания и эмоциональной сферы.

Работа с детьми осуществляется в таких областях, как:

- имитация;
- восприятие;
- крупная моторика;
- мелкая моторика;
- координация глаз и рук;
- элементарная познавательная деятельность;
- речь;
- самообслуживание;
- социальные отношения.

Одной из первых программ раннего вмешательства стала программа ТЕАССН, разработанная в начале 1960-х годов Эриком Шоплером и Робертом Рейхлером из Университета Северной Каролины. Разработчики предположили, что причиной аутизма является не плохое взаимодействие между ребенком и родителями, а патология развития мозга. Это изменило представление о проблеме аутизма и привело к созданию новой модели работы с детьми.

ТЕАССН – это не конкретный метод воздействия, а комплексная программа помощи людям с аутизмом. Ее основная цель – создание условий для достижения максимальной самостоятельности и высокого качества жизни людей с РАС.

Сейчас программа ТЕАССН финансируется и поддерживается правительством США и рядом других европейских стран. Ее концепция широко востребована и внедряется в развитых странах. На ее основе разрабатываются дополнительные методы работы с детьми, не противоречащие основной концепции.

Программа ТЕАССН оказывает помощь не только детям, но и взрослым с РАС через семь региональных центров в США, каждый из которых консультирует и поддерживает учреждения, занимающиеся обучением и воспитанием детей, их семей и других заинтересованных лиц.

При реализации программы необходимо учитывать два аспекта: интеграция человека в общество и создание специального окружения для достижения максимальных результатов и самостоятельности.

Основные принципы программы включают:

- Поддержка и сопровождение человека с аутизмом на протяжении всей жизни.
- Развитие навыков и способностей для успешной адаптации в обществе.
- Знание специалистами особенностей психического развития людей с РАС.
- Сотрудничество специалистов и родителей.
- Индивидуальный подход к каждому ребенку или взрослому с аутизмом.
- Постоянная диагностика особенностей и уровня развития.
- Опора на сильные стороны и интересы учащихся.
- Использование только проверенных техник и форм воздействия.
- Четкая структура помощи для улучшения учебного процесса и качества жизни.

«Структурированное обучение» предполагает создание условий, учитывающих уникальные особенности развития детей и помогающих организовать среду с опорой на визуальные сигналы. Это помогает детям сосредотачиваться и понимать требования взрослого.

Создание визуальных опор, по мнению Р. Зюмалла, помогает детям и взрослым с РАС лучше усваивать информацию из окружающего мира, замечать детали и ограничиваться самыми важными вещами. Визуальная структура (зоны, шаблоны, образцы действий, распорядок дня) позволяет обходить речевую коммуникацию.

Основные компоненты программы включают:

Структурированное пространство, где принцип зонирования помещений помогает детям визуально разграничивать их по функционалу (зоны отдыха, игр, работы, обеденная и т.д.). Важно, чтобы информация в зонах была исчерпывающей и понятной, а также чтобы предотвращалось нежелательное вторжение в личное пространство ребенка.

Структурированное время помогает аутичным людям уменьшить число непредвиденных ситуаций и достичь стабильности в повседневной жизни. В этом помогает визуализированное расписание, упорядочивающее жизненный цикл (например, расписание на день).

Структурирование видов деятельности, необходимое в жизни человека. Организация деятельности должна отвечать на вопросы: «Что и как делать? Какую часть действия? Когда завершать действие? Что делать дальше?». Структурирование подходит практически для любой деятельности, будь то гигиенические процедуры, хозяйственно-бытовая или учебная деятельность.

Таким образом, программа ТЕАССН оказывает помощь и поддержку людям с аутизмом во всех сферах жизни. Специалисты программы должны учитывать особенности развития и поведения людей с аутизмом, индивидуальные возможности и потребности, а также условия социально-бытового окружения.

Важно сотрудничество с семьей и включение их в образовательный процесс.

Работа по программе ТЕАССН требует от специалистов полной профессиональной отдачи, уважения к личности человека с аутизмом, понимания его проблем и учета индивидуальных особенностей и потребностей. Оптимальная система помощи подбирается методом проб и ошибок [40].

Методики с недостаточной доказательной базой

5.6. Эмоционально-уровневый подход

Эмоционально-уровневый метод был создан в 1980-х годах усилиями исследовательской группы НИИ дефектологии АПН СССР. В разработке участвовали такие специалисты, как В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и М.М. Либлинг. Основное внимание в этом подходе уделяется нарушениям в аффективной сфере. Теоретической основой метода является концепция уровня строения системы эмоциональной регуляции, предложенная В.В. Лебединским. Процесс коррекции включает несколько этапов: создание эмоционального контакта, стимулирование активности, направленной на взаимодействие, устранение страхов, подавление агрессии и самоагрессии, формирование целенаправленного поведения.

Основная идея метода заключается в том, чтобы опираться на закономерности развития эмоциональной регуляции у ребенка, устанавливать эмоциональный контакт между специалистом и ребенком, устранять конкретные страхи, агрессию, негативизм и стереотипии, а также развивать коммуникацию и социальное взаимодействие. Метод включает в себя различные техники, однако приоритет отдается игротерапии, специальным вариантам психодрамы и эстетотерапии, которые используют наибольшие возможности клиента. Элементы директивности исключаются. Предполагается, что создание мотивации к привлекательным видам деятельности приведет к общему развитию психики. Использование таких средств, как расписание с фотографиями или табличками с надписями, допускается, но считается вспомогательным. Вопросам организации и социализации поведения не уделяется значительного внимания. Метод в основном ориентирован на энергетическую сторону психики и почти не затрагивает структурные и онтогенетические аспекты. Эффективность метода относительно высока при легких формах аутизма, но при более серьезных нарушениях результаты могут быть менее заметными и достижимыми медленнее [41].

5.7. Эмоционально-смысловой подход

Эмоционально-смысловой подход, разработанный специалистами Института коррекционной педагогики РАО, нацелен на коррекцию расстройств аутистического спектра и базируется на исследованиях, выявивших особенности психического дизонтогенеза при аутизме. Этот метод направлен на нормализацию

аффективного развития ребенка с РАС. Эмоционально-смысловой подход называется смысловым, так как его основная цель заключается в накоплении и упорядочивании индивидуального аффективного опыта ребенка, который будет служить основой для формирования активных и дифференцированных отношений с окружающими. Эмоциональным данный подход является потому, что основным средством помощи ребенку служит совместное проживание и эмоциональное осмысление происходящего.

Подход включает установление эмоционального контакта с ребенком и вовлечение его в совместное проживание и осмысление жизненного опыта. Развитие в эмоциональной общности с близким взрослым помогает ребенку стать более выносливым, активным и заинтересованным, а также способствует развитию когнитивной сферы, расширяя возможности для конструктивного взаимодействия с окружающим миром (О.С. Никольская) [42].

5.8. Tomatis

Среди современных методов коррекции и развития детей с аутизмом существуют подходы, которые заметно отличаются от традиционной поведенческой терапии. Одними из наиболее известных и широко применяемых в настоящее время являются Холдинг-терапия и метод Tomatis.

Метод Tomatis получил свое название в честь его создателя — французского отоларинголога Альфреда Томатиса. Этот метод используется более 60 лет и применяется для стимулирования мозга и уменьшения проблем, связанных с нарушениями слуха, путём работы с основными функциями восприятия и обработки сенсорных сигналов. Основывается метод на современных исследованиях в области нейронаук и когнитивной психологии.

Процедура сеанса Tomatis включает использование специализированных наушников, которые передают специально подобранные и настроенные звуковые сигналы с контрастной высотой. Электронное изменение высоты звуков побуждает мозг активно воспринимать информацию, что способствует его стимуляции. Наушники передают музыку и голос через костную ткань и слуховой проход. В качестве музыкального материала используется музыка Моцарта, а также другие классические произведения, прошедшие специальную обработку. В процессе работы с Tomatis могут применяться как пассивное слушание, так и активные упражнения.

Метод Tomatis представляет собой альтернативный педагогический инструмент, который может использоваться как в медицинской, так и в психолого-педагогической практике. Он подходит для людей любого возраста и приобрёл популярность среди педагогов, работающих с детьми с РАС по всему миру. Музыка, воздействующая на мозг ребенка, стимулирует его к анализу контрастов музыкальных произведений. При активных сеансах речь ребенка обрабатывается аппаратом и передается через наушники, что способствует коррекции когнитивной

сферы, восстановлению эмоциональных функций и социального взаимодействия. Этот метод может применяться только специалистами, прошедшими специальное обучение и получившими международные сертификаты.

Показания для применения процедуры Tomatis включают:

- Расстройства аутистического спектра (РАС);
- Задержка психического и моторного развития (ЗПР);
- Задержка речевого развития (ЗРР);
- Заикание;
- Дислексия;
- Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Метод Tomatis полезен в случаях, когда ребенок испытывает трудности с осознанием своего тела, его контролем и управлением.

Эффект от процедуры:

1. Улучшение внимания — необычные звуковые контрасты во время процедуры помогают мозгу фокусироваться на важной информации и игнорировать ненужное, что особенно полезно для детей с СДВГ.

2. Повышение обучаемости — новые нейронные связи, формируемые в процессе, облегчают запоминание и понимание новой информации. Дети с дислексией лучше различают и анализируют звуки, что помогает в обучении чтению.

3. Управление эмоциями — методика воздействует на лимбическую систему мозга, что способствует снижению стресса и улучшению самоконтроля у детей.

4. Развитие речи и голоса — процедура помогает ребенку лучше слышать и регулировать свой голос, улучшая связь между мозгом, ухом и голосом. Это полезно для детей, говорящих слишком тихо или громко, а также для тех, кто страдает заиканием [43].

5.9. Холдинг-терапия

Основная цель Холдинг-терапии заключается в установлении эмоционального контакта между ребенком и родителями через физическое удержание. Процедура включает в себя следующие шаги: мать берет ребенка на руки и крепко прижимает к себе, обеспечивая возможность установления зрительного контакта. Несмотря на сопротивление ребенка, родитель не должен отпускать его, поскольку это может снизить эффективность терапии и даже привести к ухудшению состояния.

Процесс терапии проходит три стадии: конфронтация, отвержение и разрешение. Удержание ребенка должно продолжаться до его полного расслабления, а продолжительность стадий (от одного часа и более) зависит от выраженности аутизма и индивидуальных особенностей ребенка. Занятия проводятся ежедневно в течение длительного времени (от одного месяца и более). М. Weich также упоминала, что метод может применяться при деструктивном

поведении ребенка.

После сеанса ребенок становится более спокойным и расслабленным или, наоборот, активным, но начинает взаимодействовать с родителями: устанавливает зрительный контакт, «обследует» их лица и т.д.

Эффективность метода подтверждена многими исследованиями, включая работы специалистов: Е.Р. Баенская, О.С. Никольская. Тем не менее, Холдинг-терапия имеет противопоказания: хронические соматические заболевания у ребенка, эмоциональная неготовность родителей и неполная семья.

В «классическом» варианте холдинг-терапии мать берет ребенка на руки в специально отведенное время и крепко прижимает его к себе, чтобы у нее была возможность смотреть ребенку в глаза. Несмотря на сопротивление, мать продолжает удерживать ребенка и говорит о своих чувствах и любви к нему, а также о своем стремлении решить проблемы. Отец в этом процессе играет роль поддержки для матери.

Метод можно применять не только для детей с аутизмом, но и в обычных семьях, где нарушено эмоциональное взаимодействие между родителями и ребенком. Основной концепцией холдинг-терапии является то, что ранние эмоциональные расстройства у детей могут быть следствием нарушенных связей с матерью. Исследования показали следующие результаты применения метода [44]:

1. Холдинг-терапия помогает восстановить ранние формы привязанности ребенка к близким, особенно к матери.
2. Метод способствует формированию новых способов эмоционального взаимодействия между ребенком и родителями.
3. Основная цель холдинг-терапии — преодоление аутистического барьера, негативных эмоций, страхов и агрессии через физическое удержание ребенка.
4. Метод стимулирует развитие и психическую активность ребенка.
5. Холдинг-терапия позволяет родителям улучшить взаимодействие с ребенком, используя естественное желание защищать и обнимать его.

Перед началом холдинг-терапии психолог должен провести анализ семьи, оценить эмоциональный потенциал матери и готовность принять рекомендации. Родители должны удерживать ребенка не только физически, но и эмоционально, поддерживая его и объясняя важность совместного времени.

Стадии холдинг-терапии по версии Марты Вельч:

- Конфронтация. Ребенок обычно сопротивляется началу процедуры, хотя может ожидать ее в течение дня.
- Отвержение. При удержании ребенка на коленях и объятиях наступает фаза активного сопротивления. Этот этап не должен пугать родителей. Важно не поддаваться жалобам и плачу ребенка, а продолжать успокаивать его и выражать любовь.
- Разрешение. На этой стадии ребенок начинает контактировать глазами,

расслабляется и становится более открытым к проявлению нежности. Родители и ребенок могут обсудить личные и интимные темы, испытывая чувство любви.

Правила проведения холдинг-терапии:

1. Сеансы должны проводиться ежедневно, по крайней мере, в течение первых двух месяцев.
2. Первые 3-4 сеанса следует проводить в присутствии психолога.
3. На 3-4-м сеансе необходимо добиться полного расслабления ребенка.
4. Не следует прерывать сеансы, особенно в первые два месяца. Ребенка необходимо удерживать до его психического истощения, при этом поддерживая его словесно.

Роль психолога в процессе холдинг-терапии:

- Оценка готовности семьи к терапии и информирование о сути метода.
- Мотивация матери к проведению холдинга.
- Наблюдение за процессом и передача матери сигналов от ребенка.
- Анализ семейных конфликтов, возникающих в процессе холдинга.
- Поддержка матери и помощь отцу и другим членам семьи.

Модификация холдинг-терапии позволяет отцу также удерживать ребенка и участвовать в процессе. После сеансов дети становятся более спокойными и расслабленными или, наоборот, активными. Устанавливается более тесный эмоциональный контакт с родителями, увеличивается познавательная и речевая активность. Родители отмечают улучшение понимания потребностей ребенка и снижение его тревожности.

Показания для применения холдинг-терапии включают:

- Ранний детский аутизм;
- Невротические реакции;
- Синдром дефицита внимания и гиперактивности;
- Агрессия и аутоагрессия;
- Непослушание;
- Снижение самооценки у отверженных детей;
- Нарушения сна и длительный плач.

Противопоказания включают:

- Серьезные соматические заболевания;
- Органические поражения нервной системы;
- Эпилептические приступы;
- Астматические приступы;
- Кожные заболевания;
- Сахарный диабет;
- Сердечно-сосудистые заболевания;
- Сексуальное насилие;
- Неполная семья;
- Отказ отца от участия;

- Эмоциональная неготовность родителей.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие ключевые факторы необходимо учитывать при выборе стратегии коррекции нарушений при РАС?
2. Какие пять основных групп подходов применяются в терапии РАС?
3. Почему в современной науке доминируют два подхода к интервенциям: прикладной анализ поведения (ПАП) и социально-прагматические стратегии развития (СПСР)?
4. В чём заключаются преимущества метода АВА-терапии при работе с детьми с РАС?
5. В чём суть метода PRT и каковы его особенности как варианта поведенческой терапии?
6. Составьте сравнительную таблицу, отражающую преимущества и недостатки метода PRT.
7. Подготовьте развернутый конспект научной статьи по методу PRT (не менее 3 страниц).
8. В чём заключается суть метода ТЕАССН в контексте поведенческого подхода?
9. Составьте таблицу преимуществ и ограничений метода ТЕАССН.
10. Подготовьте конспект научной статьи, описывающей применение метода ТЕАССН (не менее 3 страниц).
11. Что представляет собой эмоционально-уровневая терапия и какова её специфика?
12. В чём суть метода эмоционально-смыслового комментирования?
13. Сравните эмоционально-уровневую терапию и эмоционально-смысловой комментарий: составьте таблицу преимуществ и недостатков.
14. Составьте таблицу преимуществ и недостатков метода Томатиса.
15. Подготовьте конспект научной статьи по методу Томатиса (не менее 3 страниц).
16. Каковы цели и особенности применения холдинг-терапии при работе с детьми с РАС?
17. Составьте таблицу преимуществ и недостатков холдинг-терапии.

Темы Рефератов.

1. Социально-прагматические стратегии развития (СПСР)
2. АВА терапия
3. PRT метод в коррекции детей с РАС.
4. Исследования эффективности PRT метода в коррекции детей с РАС.
5. Исследования эффективности ТЕАССН метода в коррекции детей с РАС.
6. Развивающий подход в коррекции детей с РАС.
7. История возникновения развивающего подхода и его методов.
8. Исследования эффективности эмоционально-уровневой терапии и

эмоционально - смыслового комментария в коррекции детей с РАС.

9. Tomatis метод в коррекции детей с РАС.

10. Холдинг терапия в коррекции детей с РАС.

11. Исследования эффективности Холдинг терапии в коррекции детей с РАС.

Тест для самопроверки

1. Какой принцип лежит в основе метода АВА (Applied Behavior Analysis)?

- a) Поведение следует поощрять только при достижении определенного уровня успеха
- b) Поведение не изменяется, если не используется медикаментозное лечение
- c) Поведение человека сопровождается определенными последствиями, и если поведение нравится, оно будет повторяться
- d) Поведение изменяется только при использовании медикаментов
- e) Поведение зависит исключительно от личных мотивов ребенка

2. Какая методика является одним из наиболее эффективных способов коррекции аутизма и основывается на поведенческих технологиях?

- a) Когнитивно-поведенческая терапия
- b) Гештальт-терапия
- c) Прикладной анализ поведения (АВА)
- d) Психоанализ
- e) Экзистенциальная терапия

3. Какие навыки и знания формируются при использовании методики АВА?

- a) Только академические знания
- b) Социально значимые навыки и знания
- c) Математические и логические способности
- d) Искусственные навыки общения
- e) Хобби и увлечения

4. Какой процент детей с аутизмом, согласно исследованиям И. Ловааса, успешно интегрируется в коллектив сверстников благодаря поведенческому вмешательству?

- a) 20%
- b) 25%
- c) До 40%
- d) 50%
- e) 60%

5. Какой метод коррекции может потребоваться через некоторое время, если эмоционально-уровневый подход недостаточен?

- a) Метод с использованием животных
- b) Сенсорное воздействие
- c) Эстетотерапия
- d) Поведенческий метод

- е) Прикладной поведенческий анализ
- 6. Какие методы коррекции требуют длительного изменения всех сфер жизни ребенка и тесного сотрудничества семьи?
 - а) Эмоционально-уровневый подход и метод с использованием животных
 - б) Сенсорное воздействие и эстетотерапия
 - в) Поведенческий метод и ТЕАССН-подход
 - г) Прикладной поведенческий анализ и эстетотерапия
 - е) Эмоционально-уровневый подход и прикладной поведенческий анализ
- 7. Какой подход может быть более целесообразным при недостаточной специализированной помощи в стране?
 - а) Эстетотерапия
 - б) Сенсорное воздействие
 - в) Адаптация ребенка к окружающей среде
 - г) Поведенческий метод
 - е) Метод с использованием животных
- 8. Какую роль играет позиция родителей в выборе подхода к коррекции поведения?
 - а) Позиция родителей не имеет значения
 - б) Позиция родителей, их требования и готовность к сотрудничеству играют значительную роль
 - в) Позиция родителей определяет стоимость лечения
 - г) Позиция родителей влияет только на выбор специалиста
 - е) Позиция родителей не влияет на выбор метода
- 9. В каком году было опубликовано исследование Джеральдин Доусон, упомянутое в обзоре The Lancet?
 - а) 2005
 - б) 2011
 - в) 2015
 - г) 2010
 - е) 2013
- 10. Какой метод коррекции РАС требует от 1000 до 4000 часов индивидуальных занятий?
 - а) Направленное поведенческое вмешательство
 - б) Ранние интенсивные вмешательства
 - в) Методы, включающие родителей
 - г) Методы для работы со взрослыми
 - е) Комбинация когнитивно-поведенческой терапии и прикладного анализа поведения

Заключение к Модулю 1.

Поведенческая психотерапия представляет собой одну из наиболее доказательных и эффективных методологических основ при оказании помощи детям с расстройствами аутистического спектра. Её принципы основаны на объективных законах научения и обусловливания, что позволяет специалисту выстраивать точные, воспроизводимые и результативные вмешательства. В рамках этого модуля обучающиеся познакомились с теоретическим фундаментом поведенческой терапии — от классического и оперантного обусловливания до принципов социального научения, что позволяет понимать, как формируются и закрепляются поведенческие реакции у детей с РАС.

Особое внимание было уделено практическим методам: десенситизации, позитивному подкреплению, самоконтролю, наказанию, моделированию и другим техникам, позволяющим корректировать нежелательное поведение и развивать адаптивные навыки. Также рассмотрены ключевые прикладные подходы, доказавшие свою эффективность в работе с детьми с аутизмом, включая прикладной анализ поведения (АВА), методики TEACCH, PRT и развивающий подход. Эти системы предоставляют специалисту широкий инструментарий для адаптации психотерапевтической работы под индивидуальные потребности конкретного ребёнка.

Особую значимость в модуле приобретает акцент на специфике организации диагностики и коррекции у детей с РАС, ведь успешное применение поведенческой терапии возможно только при глубоком понимании когнитивных, сенсорных и эмоциональных особенностей этих детей. Осознание принципов построения терапевтического контакта, особенности стимулов и подкреплений, понимание поведения в контексте окружающей среды — всё это делает поведенческий подход не только гибким, но и по-настоящему персонализированным.

Таким образом, освоение содержания модуля формирует у обучающегося не просто знания об инструментах терапии, а целостное видение ребёнка с РАС, как личности, с уникальными потребностями, поведенческими паттернами и потенциалом для развития. Владея теоретическими и прикладными знаниями, специалист может не только диагностировать и корректировать проблемное поведение, но и способствовать формированию навыков, необходимых для успешной социализации ребёнка. Это особенно важно в условиях интеграции детей с РАС в образовательную и социальную среду. Поведенческая терапия в этом контексте выступает как универсальный и научно обоснованный инструмент, позволяющий не просто корректировать нарушения, но содействовать полноценному включению ребёнка в общество.

Модуль 2. Психофизиологические и возрастные особенности детей с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Аннотация

Модуль посвящён психофизиологическим, возрастным и биологическим особенностям развития детей с расстройствами аутистического спектра. Изложены современные теории и подходы к пониманию природы РАС, включая нейробиологические, генетические и психологические модели. Рассматриваются анатомо-функциональные особенности головного мозга, сенсорные и эмоциональные нарушения, а также методы исследования детей с РАС. Результаты могут проявляться с разной скоростью в зависимости от уровня развития ребёнка, исходного состояния и применяемых методов.

Ожидаемые результаты обучения

После изучения модуля обучающийся должен уметь:

- Характеризовать расстройства аутистического спектра с точки зрения их психофизиологической и возрастной специфики.*
- Описывать современные теории и подходы к этиологии РАС.*
- Анализировать особенности сенсорно-перцептивного профиля ребёнка с РАС.*
- Объяснять особенности развития и функционирования органов чувств и мозга при РАС.*
- Осуществлять клинический и психофизиологический анализ состояния детей с аутизмом.*
- Понимать роль биологических и микросоциальных факторов в развитии РАС.*
- Развитие способности к сенсорной обработке.*
- Развитие двигательных навыков.*
- Развитие навыков физиологической саморегуляции.*
- Развитие результатов развития в зависимости от возрастных особенностей (коммуникативное развитие, социально-эмоциональное развитие, когнитивное развитие, регуляция поведения, игровые и креативные навыки).*

1.ЛЕКЦИЯ Понятие и характеристика расстройств аутистического спектра.

1.1. Факты об аутизме.

Аутизм, известный также как расстройство аутистического спектра (РАС), включает в себя группу состояний, связанных с особенностями развития мозга.

- Аутизм диагностируется примерно у 1 из 100 детей.

- Признаки аутизма могут проявляться уже в раннем возрасте, однако диагноз часто ставится позже.

- У людей с аутизмом могут быть разные способности и потребности, которые могут изменяться со временем. Некоторые живут самостоятельно и продуктивно, в то время как другие нуждаются в постоянной поддержке из-за тяжелой инвалидности.

РАС представляет собой группу различных состояний, характеризующихся трудностями в социальном взаимодействии и общении. К другим особенностям относятся нетипичные модели поведения, такие как трудности с переходом между действиями, фокусировка на деталях и необычные реакции на внешние стимулы. Способности и потребности людей с аутизмом варьируются и могут меняться. Некоторые живут самостоятельно, в то время как другие нуждаются в постоянной поддержке из-за тяжелой инвалидности. Аутизм может осложнять обучение и трудоустройство, а для семей людей с аутизмом уход и поддержка могут стать источником значительных трудностей. Важным фактором, влияющим на качество жизни людей с аутизмом, являются отношение общества и поддержка со стороны властей.

Признаки аутизма могут проявляться в раннем возрасте, но диагноз часто ставится значительно позже. По мировым оценкам, аутизм встречается у 1 из 100 детей, хотя данные разных исследований могут варьироваться. Некоторые авторитетные исследования показывают, что реальные цифры могут быть выше. В странах с низким и средним доходом данные о распространенности аутизма часто отсутствуют. Существующие научные данные указывают на множество факторов, включая генетические и окружающей среды, которые могут увеличивать вероятность развития аутизма.

Эпидемиологические данные не подтверждают наличие причинно-следственной связи между аутизмом и вакцинацией против кори, паротита и краснухи. Ранние исследования, предполагающие такую связь, имели множество методологических проблем. Нет доказательств того, что любая детская вакцина увеличивает риск аутизма. Обзоры данных о потенциальной связи между консервантом тиомерсалом, алюминиевыми адъювантами в инактивированных вакцинах и риском аутизма показывают, что вакцины не повышают этот риск.

После постановки диагноза важно, чтобы дети, подростки и взрослые с аутизмом, а также их опекуны, имели доступ к информации, специалистам и практической поддержке, учитывающей их индивидуальные потребности и предпочтения. Расстройства аутистического спектра относятся к группе «расстройств психологического развития», которые проявляются в детстве и

сопровождает человека на протяжении всей жизни, меняясь со временем и не излечиваясь [45].

1.2. Виды расстройств аутистического спектра

Сегодня при диагностике РАС используются две международные классификации [46]:

1. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), разработанная ВОЗ. Сейчас действует десятое издание МКБ.

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) — каталог Американской психиатрической ассоциации (АРА). Сегодня действует его пятая версия.

Самыми основными и часто встречающимися на практике видами РАС являются:

1. Синдром Каннера (ранний детский аутизм). В зависимости от степени отторжения от внешнего мира проявляется у детей в 4-х формах:

- Полная отрешенность от происходящего.
- Активное отвержение.
- Захваченность аутистическими интересами.
- Трудность организации общения и взаимодействия.

2. Синдром Аспергера. Нарушений в умственном развитии не отмечается, страдает лишь коммуникативная сторона - не умеют сопереживать, устанавливать контакт с другими людьми, не слушают их, могут беседовать сами с собой.

3. Синдром Ретта. Очень редкое заболевание, встречается чаще у девочек. Характерным для этого синдрома являются однообразные, стереотипные движения рук, не носящие целенаправленного характера.

4. Детский психоз. Характерны стереотипии в поведении, коммуникативные расстройства, нарушения социального поведения. Речь неясная, иногда представляющая собой бессмысленный набор слов. Могут застывать на месте, как куклы.

5. Атипичный аутизм. От обычного аутизма отличается отсутствием какого-либо одного из «триады» основных признаков.

1.3. Классификация РАС по О.С. Никольской

Диагноз РАС базируется на таких основных симптомах, как аутизм, склонность к стереотипиям, непереносимость изменений в окружающей обстановке, а также раннее, до 30-месячного возраста, выявление специфических признаков дизонтогенеза. Однако при наличии этой общности проявлений другие признаки обнаруживают значительный полиморфизм. Основные симптомы различаются как по особенностям характера, так и по степени выраженности. Все это определяет наличие вариантов с разной клинико-психологической картиной, разной социальной адаптацией, разным прогнозом. Эти варианты требуют

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

О.С. Никольская выделяет четыре основные группы РАС. Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма [47].

1. I группа (8%) - аутистическая отрешенность от окружающего:

- Наиболее тяжелые нарушения психического тонуса и произвольной деятельности.

- Полевая форма поведения, постоянная миграция от одного предмета к другому.

- Мутизм, отсутствие потребности в контактах.

- Характеризуются злокачественным течением шизофрении, часто осложненной органическим повреждением мозга.

- Наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре.

2. II группа (62%) - аутистическое отвержение окружающего:

- Возможность активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами через аутостимуляцию положительных ощущений.

- Поведение манерное, стереотипное, с причудливыми гримасами и позами.

- Прогноз лучше, при адекватной коррекции могут быть подготовлены к обучению в школе.

3. III группа (10%) - аутистическое замещение окружающего мира:

- Более произвольное поведение, ближе к психопатоподобному.

- Развернутая речь, слабый диалог.

- Менее аффективно зависимы от матери, могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

4. IV группа (21%) - свертормозимость:

- Неврозоподобные расстройства, чрезмерная тормозимость, робость, пугливость.

- Формирование правильного социального поведения, большая зависимость от матери.

- Психический дизонтогенез приближается к своеобразной задержке развития.

- Могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Эти классификации помогают в разработке индивидуальных планов коррекции и психолого-педагогического сопровождения ребенка.

1.4. Классификация РАС по К.С. Лебединской

К.С. Лебединская, используя этиопатогенетический подход, выделяет пять типов РАС [48]:

1. РАС, возникающий при различных заболеваниях центральной нервной системы.

2. Психогенный аутизм.
3. РДА с шизофренической этиологией.
4. РАС, связанный с обменными заболеваниями.
5. РАС при хромосомных патологиях.

По мнению автора, РАС при заболеваниях ЦНС: органический аутизм (центральная нервная система) связан с проявлениями психоорганического синдрома, что выражается в психической инертности, двигательной недостаточности, а также нарушениях внимания и памяти у детей. Наблюдается рассеянная неврологическая симптоматика, включая признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на ЭЭГ и эпизодические судорожные припадки. Также у детей часто наблюдаются задержки в речевом и интеллектуальном развитии.

Психогенный аутизм проявляется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, отсутствием дифференцированных эмоций, а также задержкой развития речи и психомоторики. В отличие от других типов РАС, психогенный аутизм может исчезнуть при нормализации условий воспитания. Однако если ребенок находится в неблагоприятных условиях первые три года жизни, аутистическое поведение и нарушения речевого развития становятся стойкими.

Дети с РАС шизофренической этиологии демонстрируют выраженную отгороженность от внешнего мира, слабые контакты с окружающими, выраженную диссоциацию психических процессов, стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний и патологических фантазий, а также наличие рудиментарных бредовых образований и галлюцинаторных феноменов. Их поведение отличается причудливостью, вычурностью и амбивалентностью. Кроме того, у этих детей может наблюдаться продуктивная психопатологическая симптоматика, проявляющаяся в постоянных страхах, деперсонализациях и псевдогаллюцинаторных переживаниях.

Синдром раннего детского аутизма, по сравнению с другими аномалиями развития, характеризуется наибольшей сложностью и дизгармоничностью как в клинической картине, так и в психологической структуре нарушений, и является относительно редкой патологией развития.

1.5. Клинические признаки РАС

По данным В.Е. Кагана, распространенность РАС составляет от 0,06 до 0,17 на 1000 детей, причем у мальчиков он встречается чаще, чем у девочек.

Основные признаки РАС при всех его клинических вариантах включают:

1. Недостаточную или полную отсутствующую потребность в контактах с окружающими.
2. Отгороженность от внешнего мира.

3. Слабость эмоционального реагирования к близким, даже к матери, вплоть до полного безразличия (аффективная блокада).

4. Неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы. Дети с РАС могут проявлять агрессию, не осознавая разницы между живым и неживым объектом.

5. Недостаточную реакцию на зрительные и слуховые раздражители, из-за чего родители часто обращаются к офтальмологам или сурдологам. Однако, дети с аутизмом на самом деле очень чувствительны к слабым раздражителям.

6. Приверженность к неизменности окружающего (феномен тождества по L. Kanner).

7. Ранние проявления неophobia (страх всего нового), такие как неприятие перемены места жительства или новой одежды.

8. Стереотипное и однообразное поведение, включающее примитивные движения (вращение кистей рук, перебирание пальцев и др.).

9. Разнообразные речевые нарушения, от мутизма до повышенного вербализма.

10. Характерное зрительное поведение, включающее непереносимость взгляда в глаза и "бегающий взгляд".

Игры детей с РАС однообразны и стереотипны, часто включают манипуляции с неигровым материалом. Эти дети активно стремятся к одиночеству и чувствуют себя лучше, когда их оставляют одних. Контакт с матерью может быть различным: от индифферентности до симбиотической зависимости. Аффективные проявления у детей с РАС однообразны, и аффект удовольствия возникает чаще всего, когда они остаются одни и занимаются стереотипными играми.

Клинические признаки РАС необходимо учитывать при составлении индивидуального плана коррекции и психолого-педагогического сопровождения ребенка. Аутизм начинает проявляться у ребенка в возрасте 15-ти месяцев и полностью формируется к трем годам. Родители должны обратить внимание на следующие симптомы:

1. Отказ от тактильного контакта с родителями.
2. Отсутствие речи к трем годам.
3. Предпочтение быть одному.
4. Отказ от контакта с окружающим миром или отсутствие интереса к нему.
5. Отсутствие зрительного контакта.
6. Странные жесты, скорее нервные, чем выражающие что-то.
7. Монотонная речь, как повторение заученного текста.
8. Необычные сенсорные реакции.
9. Аутизм может проявляться в разной степени тяжести.

Дети с аутизмом часто проявляют жесткую стереотипность в поведении, деструктивные действия, ограниченный круг интересов и импульсивность.

Логическое мышление у них может быть сохранено или хорошо развито, но знания трудно репродуцируются. Уровень интеллектуального развития может варьироваться от глубокой умственной отсталости до одаренности в отдельных областях. Более 80% детей с аутизмом - инвалиды. Их обучение и воспитание являются сложной задачей для коррекционной педагогики [49].

Дети с РАС проявляют отсутствие выразительной мимики, улыбки и радостного смеха, нарушение сна и сложности в формировании навыков опрятности. Их поведение противоречиво: они могут бояться определенных предметов, но не осознавать реальной опасности. Социальному взаимодействию мешает негативизм. Родители часто неправильно воспринимают такое поведение и пытаются принудить ребенка к послушанию, что только ухудшает его состояние.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие факты и современные данные о РАС подтверждаются научными исследованиями?
2. Какие основные виды расстройств аутистического спектра выделяются в современной классификации?
3. Какова структура классификации аутизма, предложенная О. С. Никольской?
4. В чем особенности классификации аутизма по К. С. Лебединской?
5. Каковы клинические признаки, характерные для расстройств аутистического спектра?

Темы Рефератов.

1. Многообразие проявлений речевых нарушений у детей с РАС.
2. Нарушения коммуникативной функции речи у ребенка с аутизмом.
3. Психогенетика аутизма.

Тест для самопроверки

1. Какое утверждение о распространенности аутизма верно?
 - a) Аутизм диагностируется примерно у 1 из 50 детей.
 - b) Аутизм диагностируется примерно у 1 из 500 детей.
 - c) Аутизм диагностируется примерно у 1 из 100 детей.
 - d) Аутизм диагностируется примерно у 1 из 1000 детей.
 - e) Аутизм диагностируется примерно у 1 из 200 детей.
2. Какие факторы не связаны с увеличением вероятности развития аутизма?
 - a) Генетические факторы
 - b) Факторы окружающей среды
 - c) Вакцинация против кори, паротита и краснухи
 - d) Методологические проблемы в ранних исследованиях

- е) Множество факторов
- 3. Какое из следующих утверждений верно для синдрома Аспергера?
 - а) Наблюдается значительное отставание в умственном развитии
 - б) Нарушается только коммуникативная сторона, умственное развитие не страдает
 - с) Характеризуется однообразными, стереотипными движениями рук
 - д) Наблюдаются стереотипии в поведении и коммуникативные расстройства
 - е) Полная отрешенность от происходящего
- 4. Какой вид РАС чаще встречается у девочек и характеризуется однообразными, стереотипными движениями рук?
 - а) Синдром Каннера
 - б) Синдром Аспергера
 - с) Синдром Ретта
 - д) Детский психоз
 - е) Атипичный аутизм
- 5. Какой из следующих аспектов относится к III группе РАС?
 - а) Более произвольное поведение, ближе к психопатоподобному
 - б) Мутизм и отсутствие потребности в контактах
 - с) Аутостимуляция положительных ощущений
 - д) Стереотипное поведение и гримасы
 - е) Неврозоподобные расстройства и робость
- 6. Какой коррекционный подход требуется для детей из I группы РАС?
 - а) Постоянный уход и надзор
 - б) Подготовка к обучению в массовой школе
 - с) Адаптивные психолого-педагогические методы
 - д) Стимулирование активной борьбы с тревогой
 - е) Обучение в специализированных учебных заведениях
- 7. Какой из следующих типов РАС, по мнению К.С. Лебединской, связан с проявлениями психоорганического синдрома?
 - а) Психогенный аутизм
 - б) РАС, связанный с обменными заболеваниями
 - с) РАС, возникающий при различных заболеваниях центральной нервной системы
 - д) РДА с шизофренической этиологией
 - е) РАС при хромосомных патологиях
- 8. Какое из следующих проявлений характерно для психогенного аутизма?
 - а) Задержка речевого и интеллектуального развития
 - б) Продуктивная психопатологическая симптоматика
 - с) Рассеянная неврологическая симптоматика
 - д) Нарушение контакта с окружающими и эмоциональная индифферентность
 - е) Аутостимуляция положительных ощущений
- 9. Какой из следующих симптомов характерен для раннего проявления РАС?
 - а) Отказ от тактильного контакта с родителями.

- b) Способность к быстрой адаптации к новым условиям.
 - c) Преобладание ярко выраженных эмоций.
 - d) Регулярное участие в коллективных играх.
 - e) Устойчивое внимание к изменениям в окружающей среде.
10. Какое из следующих утверждений наиболее точно описывает уровень интеллектуального развития детей с РАС?
- a) Уровень интеллектуального развития всегда низкий.
 - b) Логическое мышление всегда сильно нарушено.
 - c) Интеллектуальное развитие всегда равноценно уровню развития речи.
 - d) Уровень интеллектуального развития может варьироваться от глубокой умственной отсталости до одаренности в отдельных областях.
 - e) Интеллектуальные способности у всех детей с РАС одинаково развиты.

2. ЛЕКЦИЯ. Исторический контекст исследований РАС. Определения и классификации. Манифестация РАС. Эпидемиология РАС.

2.1. Исторический контекст исследований РАС

Первый известный случай, который очень похож на современные расстройства аутистического спектра (РАС), был описан английским историком Рэбом Хьюстоном и немецким психологом Утой Фрит в их книге "Autism in history: the case of Hugh Blair of Borgue". Исследование велось на материалах судебных процессов средневековой Шотландии. Было обнаружено дело о разводе между 39-летним аристократом Хью Блэром из Борга и его женой, рассмотренное шотландским судом в 1747 году. Иск был подан младшим братом Хью, Джоном.

В документах того времени Хью описывается как человек с необычным поведением: у него были странные манеризмы, эхолалии, он неожиданно появлялся в неподходящих местах, вмешивался в разговоры, внезапно прекращал общение и уходил. Его речь была развита, но невыразительна. После смерти отца, его мать беспокоилась о его странности и старалась женить его, чтобы он не остался один после её смерти. Однако брат Джон был против появления других наследников и после смерти матери попытался расторгнуть брак и завладеть имуществом.

Следующее упоминание о РАС относится к 1809 году. Английский врач Джон Хаслам в книге "Observations on Madness and Melancholy" описал 6-летнего мальчика с поведением, напоминающим синдром Аспергера: он предпочитал одиночество, имел узкие интересы и играл с солдатиками, слушая военные марши.

Далее, в конце XIX века, английский психиатр Генри Модсли в 1879 году в книге "The Pathology of Mind" описал 13-летнего мальчика, вероятно, с синдромом

Аспергера. Он отметил высокий интеллектуальный потенциал мальчика, сочетавшийся с недостатком социальных навыков.

Советский психиатр Груня Ефимовна Сухарева в 1925 году опубликовала работу "Шизоидные психопатии в детском возрасте", где описала поведение, напоминающее раннюю форму шизофрении, но отличающееся высоким интеллектуальным потенциалом и неспособностью к социальным взаимодействиям. Её работа была позже переведена на немецкий язык под заголовком "Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter", и стало понятно, что её описание почти совпадает с тем, как Ганс Аспергер позже описывал синдром Аспергера.

В начале 1940-х годов вышли две важные публикации. В 1943 году Лео Каннер опубликовал работу "Autistic Disturbances of Affective Contact", а в 1944 году Ганс Аспергер - "Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter". Оба исследователя работали с небольшим количеством детей. Каннер описывал девочек и мальчиков с нормальным умственным потенциалом, демонстрировавших значительные различия между вербальными и невербальными способностями, избегавших социального взаимодействия и стремящихся к изоляции. Аспергер описал детей с ранним развитием речи, неспособных к групповой игре и не признающих авторитет взрослых.

В 1950–1960-е годы расстройства аутистического спектра считались прелюдией к детской шизофрении. В 4–6 лет диагноз "детская шизофрения" не ставился, поэтому детям диагностировали аутизм. В этот период также исследовалось происхождение РАС, и была популярна теория о нарушениях родительно-детских отношений, особенно между матерью и ребёнком. Этот подход доминировал до 1980-х годов, когда исследования показали, что РАС в основном имеют генетическую природу.

1980-е годы привели к пониманию, что РАС встречаются у детей с разным уровнем интеллектуальных способностей, и что интеллектуальная одаренность не является обязательным признаком РАС. В этот период РАС впервые упоминаются в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM), что стимулировало исследовательскую активность. РАС стали определяться как комплекс нейробиологических и нейропсихологических расстройств, обусловленных как генетическими, так и средовыми факторами [50].

Эти исследования показали, что РАС характеризуются дефицитами социально-коммуникативного характера и стереотипиями – повторяющимися действиями и привычками, отличающимися от обычных детских движений при освоении навыков.

2.2. Определения и классификации

Почти три столетия исследований расстройств аутистического спектра (РАС) привели к созданию теоретических концепций, которые легли в основу

современных классификаций, используемых профессионалами и семьями. Первое формальное включение РАС как диагностической категории произошло в третьем издании "Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам" (DSM-III). Это была категориальная классификация, предполагающая наличие четкого порога между здоровьем и болезнью. В DSM-III выделялись три основных критерия для диагностики РАС: социальное взаимодействие, коммуникативные навыки и развитие языка, а также стереотипии и повторяющиеся движения.

Для постановки диагноза РАС согласно DSM-III, необходимо наличие симптомов, соответствующих всем трем критериям. Однако, на практике эти критерии оказываются псевдодискретными, так как симптомы могут проявляться в континууме. Пациенты различаются по уровню коммуникативных и социальных навыков, а также степени выраженности стереотипных поведений и мыслей. Поэтому специалисты должны иметь глубокое теоретическое понимание природы этих расстройств при постановке диагноза.

РАС относятся к группе «расстройств психологического развития», что означает их проявление в детстве и сопровождение человека на протяжении всей жизни. Современная диагностика РАС основывается на двух международных классификациях: Международной классификации болезней (МКБ) и DSM. МКБ, разработанная ВОЗ, в настоящее время представлена в десятом издании, а DSM – в пятом.

Существует некоторое несоответствие между МКБ и DSM: МКБ-10 соответствует DSM-IV, тогда как МКБ-11 будет соответствовать DSM-V. В DSM-V четыре расстройства (аутизм, синдром Аспергера, детское дезинтегративное расстройство и первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений) были объединены в одно – расстройство аутистического спектра. Также было выделено социально-коммуникативное (прагматическое) расстройство.

В МКБ-10 РАС отнесены к блоку F80-89 «расстройства психологического развития» в рубрике F84, включающей детский и атипичный аутизм, синдром Ретта, детское дезинтегративное расстройство, гиперактивное расстройство с умственной отсталостью и стереотипными движениями, синдром Аспергера и другие общие расстройства развития.

Согласно DSM-V, для диагностики РАС необходимо наличие дефицитов в социальной и коммуникативной сферах, а также стереотипий и манеризмов. Ожидается, что МКБ-11 будет следовать этой двухкритериальной классификации.

В России для диагностики РАС используется МКБ. Необходимо наличие как минимум шести симптомов из трех основных критериев (социальное взаимодействие, коммуникация, стереотипии) для постановки диагноза.

Первые проявления РАС должны быть замечены до трех лет, хотя сам диагноз может быть поставлен позже. Переход к двухкритериальной

классификации в DSM-V был важным шагом, поскольку ранее нарушения языка и речи входили в коммуникативные функции, но теперь они считаются сопутствующей характеристикой РАС [51].

Важно учитывать уровень развития языка и речи при разработке плана обучения ребенка. Анализ диагностических категорий и сопутствующих характеристик имеет ключевое значение, так как РАС может быть продромом детской шизофрении или её манифестацией.

При постановке диагноза РАС необходимо учитывать дифференциацию от детской шизофрении и расстройств языка и речи, опираясь на соответствующие критерии.

2.3. Манифестация РАС

Существует несколько источников данных о распространенности расстройств аутистического спектра (РАС). Наиболее авторитетным является Центр по контролю и профилактике заболеваний США (CDC). Они провели несколько популяционных исследований с тщательно отобранными выборками, измеряющими частоту встречаемости РАС. На сайте CDC также есть постоянно обновляемый документ, включающий данные из разных стран, соответствующие критериям качественного популяционного исследования. К сожалению, информация по России в этом документе отсутствует.

По данным за 2014 год, частота встречаемости РАС в США составляет 1 на 68. В мировом масштабе этот показатель варьируется, но в среднем держится на уровне 1–2%. Расстройства встречаются у мальчиков примерно в 4,5 раза чаще, чем у девочек (1 на 42 против 1 на 189 соответственно).

Ранее, в описаниях РАС Каннером и Аспергером, отмечалось, что дети с такими расстройствами происходили из обеспеченных семей. Это связано с тем, что в 1940-х годах деревенскому жителю или человеку с низким доходом было сложно попасть на прием к известному специалисту. Это привело к смещениям в представлении о РАС. Современные исследования, такие как "Socioeconomic inequality in the prevalence of autism spectrum disorder: evidence from a US cross-sectional study", подтверждают, что РАС чаще диагностируются у детей из обеспеченных семей из-за большей доступности специализированных услуг.

Для постановки диагноза РАС необходимо заключение нескольких специалистов на основе четких диагностических критериев. Важно учитывать, что у различных дефицитов, характерных для РАС, существуют "подпороговые показатели", которые фиксируются врачом, но не позволяют поставить диагноз. Такие показатели часто наблюдаются у родственников ребенка с РАС, формируя "зону риска" в семье.

РАС является одной из самых гетерогенных групп расстройств развития, проявляясь разнородностью как этиологии, так и манифестации. Этиологически РАС могут быть связаны с множеством генетических заболеваний, таких как

синдром ломкой X-хромосомы, туберозный склероз, синдром Ретта и другие [52]. Поведенческие проявления РАС также разнообразны, варьируясь от умственной отсталости до интеллектуальной одаренности.

2.4. Эпидемиология РАС

Первая известная статистика о распространенности РАС была опубликована в 1966 году. В одном из первых популяционных исследований в Англии частота встречаемости РАС составляла 0,041%. Сегодня в США этот показатель составляет 1 на 68, а мировая статистика колеблется в пределах 1–2%.

Динамика роста частоты встречаемости РАС связана с несколькими причинами. Во-первых, улучшение дифференциальной диагностики и выделение РАС в отдельную категорию в DSM-III. Повышение профессионализма специалистов также способствовало более точной диагностике. Во-вторых, изменение самих диагностических критериев, таких как включение синдрома Аспергера в DSM-IV, привело к увеличению числа диагностированных случаев.

Методология сбора и анализа данных также улучшилась, что сделало выборки более репрезентативными. Сегодня исследовательское сообщество активно обсуждает факторы риска и предотвращающие факторы для РАС, такие как возраст родителей при зачатии и условия беременности.

Примерно 32% детей с диагнозом РАС показывают феномен регрессии в развитии, когда после нормального первого года жизни их развитие начинает отклоняться от нормы. Этот регресс часто замечается родителями между двенадцатью и двадцатью четырьмя месяцами жизни ребенка, и диагноз РАС ставится в возрасте двух-трех лет.

Важной темой является коморбидность РАС, когда у детей с этим расстройством часто наблюдаются другие нарушения развития, психические и неврологические заболевания. По данным исследований, в 83% случаев дети с РАС имеют еще одно нарушение развития, а 40-60% – диагноз умственной отсталости. Примерно 10% имеют психиатрический диагноз, а 16% – один или более неврологических диагнозов.

Исследования, такие как "Autism spectrum disorder and cooccurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States", показывают, что у людей с РАС часто встречаются расстройства обучения, аффективные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство и эпилепсия [53].

Прогноз для людей с РАС во многом зависит от уровня интеллектуального функционирования, развития языка и способности к социальным контактам. Без ранней диагностики и вмешательства прогноз может быть неблагоприятным, поэтому важна поддержка и развитие таких людей с раннего возраста.

Вопросы для самоконтроля

1. В каком историческом контексте начиналось изучение расстройств аутистического спектра?
2. Какие подходы к определению и классификации РАС существуют в настоящее время?
3. Как происходит манифестация расстройств аутистического спектра в раннем возрасте?
4. Каковы современные данные об эпидемиологии РАС?

Темы Рефератов.

1. Проблемы дифференциальной диагностики детского аутизма от сходных нарушений
2. Диагностические критерии различных клинических форм аутизма.
3. Клинико-психологическая структура аутизма в дефектологии

Тест для самопроверки

1. Кто описал первый известный случай, похожий на современные расстройства аутистического спектра (РАС), в книге "Autism in history: the case of Hugh Blair of Borgue"?
 - a) Лео Каннер
 - b) Рэб Хьюстон и Ута Фрит
 - c) Ганс Аспергер
 - d) Джон Хаслам
 - e) Генри Модсли
2. Какой английский врач описал блетнего мальчика с поведением, напоминающим синдром Аспергера, в 1809 году?
 - a) Генри Модсли
 - b) Груня Ефимовна Сухарева
 - c) Джон Хаслам
 - d) Рэб Хьюстон
 - e) Ганс Аспергер
3. Сколько основных критериев для диагностики РАС выделяется в DSMIII?
 - a) Два
 - b) Четыре
 - c) Три
 - d) Пять
 - e) Шесть
4. Какой из следующих пунктов не входит в блок F84 в МКБ10?
 - a) Синдром Аспергера
 - b) Детский аутизм
 - c) Синдром Ретта
 - d) Общее расстройство внимания

- е) Детское дезинтегративное расстройство
5. Что такое "подпороговые показатели" в контексте РАС?
- а) Показатели, которые позволяют поставить диагноз без дополнительных исследований
 - б) Показатели, фиксируемые при наличии других расстройств
 - с) Показатели, которые фиксируются врачом, но не позволяют поставить диагноз
 - д) Показатели, которые свидетельствуют о полной ремиссии
 - е) Показатели, указывающие на значительное улучшение состояния
6. Какие заболевания могут быть связаны с РАС на этиологическом уровне?
- а) Болезнь Альцгеймера
 - б) Синдром Дауна
 - с) Синдром Паркинсона
 - д) Синдром ломкой X-хромосомы и туберозный склероз
 - е) Синдром Нормана-Лейна
7. В каком году была опубликована первая известная статистика о распространенности РАС?
- а) 1958
 - б) 1966
 - с) 1972
 - д) 1980
 - е) 1990
8. Какой из следующих факторов не способствовал увеличению частоты диагностики РАС?
- а) Улучшение дифференциальной диагностики
 - б) Изменение диагностических критериев
 - с) Включение синдрома Аспергера в DSM-IV
 - д) Увеличение числа психиатрических диагнозов
 - е) Улучшение методологии сбора и анализа данных

3. ЛЕКЦИЯ. Причины развития аутизма. Психологические теории РАС. Теория модели психического. Теория центральной когерентности. Теория исполнительных функций Теория социального познания Теория зеркальных нейронов. Нейробиологический подход этиологии аутизма.

3.1. Причины развития аутизма и психологические теории РАС

Существуют две ключевые категории теорий расстройств аутистического спектра (РАС): "горизонтальные" и "вертикальные". "Горизонтальные" теории сосредоточены на клинических проявлениях синдрома, анализируя три основные характеристики аутизма: коммуникативные и социальные дефициты, а также

стереотипные поведения, чтобы объяснить их совместное возникновение. "Вертикальные" теории пытаются понять, как генетические, мозговые и поведенческие факторы взаимодействуют в единой системе.

В этой главе будут рассмотрены следующие теории:

1. Теория разума (Theory of Mind)
2. Теория центральной когерентности (Central Coherence Theory)
3. Теория исполнительных функций (Executive Functions Theory)
4. Теория социального познания (Theory of Social Cognition)
5. Роль зеркальных нейронов в развитии РАС

Прошло более 70 лет с момента первого описания РАС, и с тех пор количество исследований в этой области значительно возросло.

Исторический контекст и исследования в Лондоне. В начале 1960-х годов в Лондоне группа исследователей под руководством Нила О'Коннора из Университетского колледжа Лондона начала разрабатывать теории, рассмотренные в этой главе. Важное влияние на их работу оказали идеи советского психолога Александра Лурии. Лаборатория О'Коннора разработала теории, объясняющие когнитивные механизмы РАС через вертикальные системы, связывающие геном, мозг, поведение и когниции. Эти исследования заложили основу для современных представлений о РАС.

В группу О'Коннора входили такие известные ученые, как Ута Фрит и Беата Хермелин. В 1960-х годах, когда частота встречаемости РАС оценивалась на уровне 0,04%, эти исследователи считали, что все дети с расстройствами спектра в Лондоне участвовали в их исследованиях. Диссертация Уты Фрит, выполненная в этой лаборатории, стала одной из первых психологических диссертаций по РАС.

Исторические методы и коррекции. Каннер в своих описаниях в основном уделял внимание аффективной стороне расстройств, характеризующихся уходом в себя и отторжением внешнего мира. В его время методы коррекции РАС были в основном психодинамическими, основанными на психоанализе.

В 1950-х годах акцент исследований переместился на моторику. В этот период BBC выпустила фильм, демонстрирующий современные тогда методы взаимодействия с пациентами, включая "терапию объятиями".

Влияние лондонской лаборатории. Работы исследователей лондонской лаборатории, выполненные в историческом контексте, во многом определили современные взгляды на психологические теории РАС. Эти исследования заложили основу для дальнейшего понимания и развития теорий, объясняющих расстройства аутистического спектра [54].

3.2. Теория модели психического

Исследование памяти у детей с РАС. В 1967 году Беата Хермелин и Нил О'Коннор провели исследование "Remembering of words by psychotic and subnormal children", в котором изучалась память у детей с РАС. В ходе

эксперимента использовались два набора слов: бессмысленный ("what-to-went-ship-sea") и логичный ("what-ship-went-to-sea"). Участникам предлагалось запомнить и воспроизвести эти наборы слов. Результаты показали, что типично развивающиеся дети лучше запоминали осмысленные словосочетания, тогда как дети с РАС могли запомнить и воспроизвести бессмысленные наборы слов наравне или даже лучше своих сверстников.

В 1970-х годах Ута Фрит провела дополнительные исследования, пытаясь найти другие методы группировки слов, при которых дети с РАС показывали бы лучшие результаты. Один из таких методов включал слова в контекст. Например, в предложениях:

- "He played the lead guitar" (Он играл на соло-гитаре).
- "The box was made of lead" (Коробка сделана из свинца).

В английском языке слово "lead" имеет несколько значений и произносится по-разному в зависимости от контекста. Задача эксперимента заключалась в том, чтобы определить, будут ли дети с РАС читать слово по-разному в зависимости от контекста. В своей статье "Why we need cognitive explanations of autism" Фрит указала, что дети с РАС читали слово одинаково в обоих случаях, что указывает на трудности с обработкой информации в контексте.

Исследования когнитивных дефицитов. Эти исследования привели к вопросу о причинах таких когнитивных дефицитов у детей с РАС. Одним из объяснений является задача на понимание ложных убеждений (False Belief Task), также известная как тест "Салли и Энн". Дети с РАС часто проваливают этот тест, что свидетельствует о трудностях с принятием точки зрения другого человека.

Дальнейшие исследования показали, что дети с РАС испытывают трудности с формированием метарепрезентаций, необходимых для понимания мыслей и чувств других людей. Эти результаты подтолкнули к созданию новых методов исследования, таких как парадигма антиципационного взгляда (anticipatory looking paradigm), которая используется для изучения внимания и восприятия у детей с РАС.

Теория модели психического состояния (Theory of Mind)

На сегодняшний день теория модели психического состояния (Theory of Mind) является ведущей в исследованиях РАС, хотя и сосредотачивается на дефицитах. Однако важно также изучать сильные когнитивные стороны людей с РАС. Тест "Салли и Энн" продолжает быть актуальным и используется для дальнейшего понимания когнитивных механизмов РАС [55].

Исследования, проведенные Хермелин, О'Коннором и Фрит, сыграли значительную роль в развитии теорий когнитивных механизмов РАС, что привело к более глубокому пониманию этого расстройства и развитию новых методов диагностики и поддержки.

3.3. Теория центральной когерентности

Теория центральной когерентности была впервые систематически изложена Беатой Хермелин в лондонской лаборатории Нила О'Коннора. В исследовании выявили, что у людей с расстройствами аутистического спектра (РАС) есть как слабые, так и сильные стороны, выражающиеся в специфических навыках. Хермелин и её команда разработали концепцию, основанную на идее, что люди с РАС обладают способностью детально воспринимать информацию, но испытывают трудности при интеграции этих деталей в целое.

Истоки и развитие теории. Корни этой концепции лежат в работах Курта Левина и философии гештальт-психологии, популярной в Германии до Второй мировой войны. Однако применительно к РАС её развили именно исследователи под руководством Хермелин. Они стремились понять психологические предпосылки и контекст для развития сильных сторон у людей с РАС, что привело к формированию теории центральной когерентности.

Основные положения теории. Согласно этой теории, люди с РАС показывают высокие способности в работе с деталями, но испытывают трудности при их объединении в единое целое. Хермелин и её коллеги провели серию экспериментов, изучая, как процесс формирования целого из частей проявляется в различных модальностях, таких как визуальная и вербальная. Например, они обнаружили, что люди с РАС могут лучше справляться с задачами, требующими внимания к деталям, но испытывают затруднения при необходимости объединить эти детали в осмысленное целое [56].

Несмотря на то, что теория имеет своё применение, её результаты не всегда подтверждаются. Например, доминирование деталей наблюдается при решении визуальных задач, но не всегда при выполнении вербальных заданий. Поэтому, несмотря на популярность теории и наличие её сторонников, она пока не получила универсального признания.

Теория центральной когерентности, предложенная Хермелин и её командой, внесла значительный вклад в понимание когнитивных особенностей людей с РАС. Хотя она не является универсальной и вызывает споры, её идеи продолжают стимулировать дальнейшие исследования и помогают формировать подходы к поддержке людей с РАС.

3.4. Теория исполнительных функций

Исполнительные функции представляют собой набор высокоуровневых психических процессов, которые управляют произвольным планированием и различными более низкими уровнями функций, такими как оперативная память. Эти функции необходимы для подавления или ингибирования нежелательных реакций, то есть тех, которые не соответствуют поставленной задаче, а также для контроля автоматических реакций и формирования желаемого поведения [57].

Одним из популярных методов измерения исполнительных функций является «Висконсинский тест сортировки карточек» (Wisconsin Card Sorting

Test). В этом тесте участникам предлагается рассортировать набор карт, на которых изображены геометрические фигуры разного цвета и количества, но критерий сортировки неизвестен. Испытуемый должен определить критерий сортировки на основе обратной связи, предоставляемой экспериментатором, и адаптироваться к изменениям критериев. Тест показывает, что участники часто застревают в повторяющихся паттернах сортировки, и их способность адаптироваться может варьироваться в зависимости от их чувствительности к обратной связи.

Другим тестом для оценки исполнительных функций является «Задача Струпа» (Stroop Color Word Test). Этот тест базируется на эффекте Струпа, при котором наблюдается замедление реакции на прочтение слова, обозначающего цвет, если цвет букв не совпадает с указанным цветом (например, слово «синий» написано красным цветом). Задача требует выполнения действий по определенной схеме, которая периодически меняется.

Также существуют различные экспериментальные задачи для оценки исполнительных функций, особенно у детей. Эти задачи разрабатываются с учетом моделей психических процессов и других теорий. Тестирование исполнительных функций охватывает такие аспекты, как когнитивная гибкость, планирование и оперативная память.

3.5. Теория социального познания

Анализ и интерпретация зрительного социального внимания представляет собой ключевую и динамично развивающуюся область исследований в контексте расстройств аутистического спектра (РАС). Эта область исследований во многом начинается с работы лаборатории Университетского колледжа Лондона. Одна из ранних идей их специалистов заключалась в том, что дети с РАС испытывают трудности при преобразовании сенсорной информации (например, зрительных впечатлений от объектов) в более сложные формы восприятия и внимания, что затрудняет формирование различных репрезентаций. Это подчеркивает необходимость выявления и фиксации низкоуровневых процессов в раннем возрасте, когда дети с РАС еще не могут эффективно выражать свои мысли и чувства. Если удастся определить такие ранние показатели риска, они могут стать потенциальными биомаркерами [58].

Зрительное социальное внимание определяется как способность перенаправлять внимание на других людей. Оно включает в себя взаимодействие с социальными объектами (людьми) через восприятие и интерпретацию их поведения. Мы наблюдаем за другими, чтобы понять их намерения и сформировать соответствующую реакцию.

Зрительное социальное внимание также проявляется в том, как мы фиксируем взгляд на интересующих нас объектах и отслеживаем их движения. Изучение этих аспектов стало важным направлением научных исследований,

особенно благодаря значительному технологическому прогрессу начала XXI века, который позволил улучшить существующие методы экспериментов и разработать новые подходы.

3.6. Теория зеркальных нейронов

Вертикальные теории расстройств аутистического спектра (РАС) исследуют связи между генетическими, нейробиологическими и поведенческими аспектами расстройства. Одной из таких теорий является теория зеркальных нейронов.

Зеркальные нейроны — это нейроны головного мозга, которые активируются как при выполнении определенного действия, так и при наблюдении за тем, как это действие выполняет другой. Эти нейроны обнаружены не только у человека, но и у животных и птиц. Предполагается, что зеркальные нейроны играют ключевую роль в процессе имитации.

У людей с РАС процесс имитации часто нарушен, что затрудняет приобретение важных навыков, включая вербальные. Исследователи предложили, что нарушения в работе зеркальных нейронов могут быть связаны с этими трудностями. Это предположение вызвало значительный интерес в научных кругах, однако многие эмпирические исследования, проведенные в этой области, не подтвердили изначальные результаты, что привело к снижению их авторитета [59].

Тем не менее, гипотеза о зеркальных нейронах остается важной теоретической концепцией и продолжает обсуждаться в контексте вертикальных теорий РАС и механизмов, лежащих в основе этих расстройств.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие основные причины развития аутизма рассматриваются в современной науке?
2. В чем суть теории «модели психического» при РАС?
3. Как объясняется РАС с точки зрения теории центральной когерентности?
4. Каковы особенности исполнительных функций у лиц с РАС?
5. Что представляет собой теория социального познания в контексте аутизма?
6. Какова роль зеркальных нейронов в формировании аутистических симптомов?
7. Каковы основные положения нейробиологического подхода к этиологии аутизма?

Темы Рефератов.

1. Нарушение сенсорной интеграции у детей с аутизмом
2. Дифференциация аутизма от нарушений слуха
3. Дифференциация аутизма от интеллектуальных нарушений и СДВГ.

ТЕСТ для самопроверки

1. Какой основной фокус имеют "горизонтальные" теории расстройств аутистического спектра (РАС)?
 - a) Генетические взаимодействия
 - b) Анализ клинических проявлений синдрома
 - c) Мозговые процессы
 - d) Социальное поведение в широком контексте
 - e) Влияние средовых факторов
2. Какая теория рассматривает взаимодействие генетических, мозговых и поведенческих факторов в единой системе?
 - a) Теория разума
 - b) Теория центральной когерентности
 - c) Теория социального познания
 - d) Вертикальная теория
 - e) Роль зеркальных нейронов
3. Какой метод Ута Фрит использовала для изучения группировки слов у детей с РАС?
 - a) Сравнение прямых и косвенных значений слов
 - b) Использование парадигмы антиципационного взгляда
 - c) Вставка слов в контекст предложений
 - d) Применение метода ложных убеждений
 - e) Тестирование на понимание словосочетаний в разных языках
4. Что показало исследование Фрит в отношении чтения слова в контексте у детей с РАС?
 - a) Дети с РАС лучше понимали контекстуальные значения слов
 - b) Дети с РАС игнорировали контекст и читали слова одинаково
 - c) Дети с РАС читали слово одинаково в обоих контекстах
 - d) Дети с РАС ошибались в чтении слов, но понимали их значение
 - e) Дети с РАС проявляли улучшение в чтении слов при помощи контекста
5. Какие задачи демонстрируют трудности для людей с РАС согласно теории центральной когерентности?
 - a) Задачи, требующие быстрого реагирования на изменения.
 - b) Задачи, требующие объединения деталей в осмысленное целое.
 - c) Задачи, требующие навыков абстрактного мышления.
 - d) Задачи, связанные с решением конфликтов.
 - e) Задачи, требующие большого количества социальных взаимодействий.
6. Какое утверждение наиболее точно отражает текущее положение теории центральной когерентности?
 - a) Теория получила всеобщее признание и её результаты подтверждаются во всех областях.
 - b) Теория не вызывает никаких споров и является окончательным решением проблемы.

- с) Теория имеет недостаточную универсальность и вызывает споры, несмотря на её популярность и вклад в понимание когнитивных особенностей.
 - д) Все эксперименты, проведённые по теории, подтверждают её универсальность.
 - е) Теория была полностью отвергнута в научном сообществе.
7. Какой из тестов направлен на оценку способности участника адаптироваться к изменениям критериям сортировки?
- а) Висконсинский тест сортировки карточек
 - б) Задача Струпа
 - с) Тест на временное запоминание
 - д) Тест на пространственное восприятие
 - е) Опросник для оценки стресса
8. Какой эффект используется в Задаче Струпа для оценки исполнительных функций?
- а) Эффект когнитивной гибкости
 - б) Эффект контекста
 - с) Эффект индукции
 - д) Эффект ассоциативного запоминания
 - е) Эффект Струпа
9. Какое из следующих утверждений о зеркальных нейронах неверно?
- а) Зеркальные нейроны активируются при выполнении действия и наблюдении за его выполнением другим человеком
 - б) Зеркальные нейроны были обнаружены только у человека и некоторых видов приматов
 - с) Зеркальные нейроны обнаружены не только у человека, но и у животных и птиц
 - д) Нарушения в работе зеркальных нейронов могут затруднять приобретение вербальных навыков
 - е) Гипотеза о зеркальных нейронах продолжает обсуждаться в контексте вертикальных теорий РАС
10. Что способствует улучшению методов экспериментов и разработке новых подходов в изучении зрительного социального внимания?
- а) Значительный технологический прогресс начала XXI века
 - б) Увеличение финансирования научных исследований
 - с) Разработка новых образовательных программ
 - д) Введение новых медицинских стандартов
 - е) Публикация крупных теоретических обзоров

4.ЛЕКЦИЯ Этиология РАС. Генетическая архитектура РАС. Средовая архитектура РАС. Генно-средовая архитектура РАС. Особенности психофизиологического развития детей с РАС в онтогенезе. Дизнейроонтогенез.

4.1. Этиология РАС

С увеличением числа случаев расстройств аутистического спектра (РАС) вопросы о необходимости многочисленных обследований и анализов для людей с этими расстройствами и их семей становятся все более актуальными. Ответы на эти вопросы формируют направление исследований, известное как трансляционная медицина, которая занимается переносом научных данных и открытий в практическую плоскость.

В исследовании РАС ключевым вопросом является выявление признаков, отличающих здоровых людей от тех, кто имеет РАС. Учёные сначала определяют отличия, а затем интерпретируют их, чтобы понять клиническое значение. В рамках изучения причин РАС на начальном этапе анализируются различия в работе головного мозга и их влияние на его функционирование. После этого создаются модели этих различий. Ранее для этих целей использовались только эмбриональные клетки, но теперь научились перепрограммировать и другие клетки, например, клетки кожи [60].

Современные достижения в исследовании позволяют моделировать ранние процессы развития головного мозга на клеточном уровне у организмов с определённым геномом, будь то человек или животное. Этот подход отличается от использования моделей вместо живых организмов, что позволяет наблюдать процесс в лабораторных условиях с контролем всех факторов. Однако исследование живых организмов, даже если это специально выведенные линии, представляет особую ценность и интерес. Это процесс известен как цикл открытия или цикл трансляционной медицины.

4.2. Генетическая архитектура РАС

Генетические механизмы расстройств аутистического спектра (РАС) весьма разнообразны. Существуют как простые менделевские механизмы, передаваемые по доминантному или рецессивному типу, так и сложные аддитивно-полигенные механизмы. Генетические нарушения, которые могут приводить к проявлениям РАС, такие как синдром ломкой X-хромосомы, туберозный склероз и синдром Ретта, хорошо описаны в научной литературе. Тем не менее, у многих людей с этими нарушениями диагностируется РАС, но не у всех. РАС может проявляться как у людей с известной генетической предрасположенностью, так и без видимых признаков, даже при наличии конкретных генетических нарушений. Например, РАС, вызванное синдромом Ретта, может не отличаться от РАС, связанного с туберозным склерозом, хотя механизмы их возникновения различны.

Социально-коммуникативные трудности — это первый и основной признак РАС. Этот признак используется для диагностики, но он распределён неравномерно среди всей популяции. Социальное функционирование можно измерить и определить, насколько оно отклоняется от нормы. Хотя распределение этих показателей различается, в некоторых случаях люди с диагнозом РАС могут

иметь социальные навыки, которые не сильно отличаются от средних значений в популяции. Однако это не исключает наличие у них диагноза РАС. Аналогичные наблюдения можно сделать и для других признаков РАС.

Для популяции в целом степень риска определяется распространённостью расстройства. Этот показатель рассчитывается на основе частоты встречаемости заболевания среди людей, которые не являются близкими родственниками. Распространённость расстройства в популяции является базовой величиной и отражает абсолютный риск для всей популяции. После определения базовой величины можно стратифицировать популяцию, измеряя частоту РАС среди родственников и вычисляя относительный риск для различных групп, таких как родители, братья и сёстры.

В США распространённость РАС составляет примерно 1,47%, а в России этот показатель может варьироваться в пределах 1-2%. Анализируя пары родственников, где один из них имеет РАС, исследователи обнаружили, что риск РАС увеличивается с близостью родства. Например, риск РАС у монозиготных близнецов, где один из них имеет диагноз, почти 100%, поскольку геномы у таких близнецов почти идентичны.

Эти данные подчеркивают важность генетических факторов в развитии РАС. Генетические механизмы могут быть как наследственными, так и возникать спонтанно. Мутации *de novo*, то есть новые мутации, возникающие впервые, играют значительную роль. У семей, в которых есть случаи РАС, риск может быть высоким, особенно если расстройство наблюдается у нескольких детей. Риски выше для мальчиков по сравнению с девочками. В семьях с двумя и более детьми с РАС риск становится очень высоким, почти 99%. При этом риск увеличивается с каждым новым случаем РАС в семье.

Генетические исследования показывают, что около 1200 генов могут быть вовлечены в развитие РАС, что делает число возможных генетических путей формирования расстройства очень большим. Исследования часто включают несколько лабораторий и этапов: от молекулярного уровня до анализа клеточных и нейроанатомических данных. Генетические механизмы РАС могут быть плеiotропными, влияя на различные аспекты развития и поведения [61].

Кроме того, не каждая генетическая аномалия приводит к РАС, поскольку компенсаторные механизмы могут предотвращать проявление расстройства. Генетические изменения могут приводить к различным фенотипам, не обязательно связанным с расстройствами. Также в исследовании РАС рассматриваются выдающиеся способности, которые иногда наблюдаются у людей с этими расстройствами, хотя связь между этими способностями и генами РАС ещё не установлена.

4.3.Средовая архитектура РАС

Средовая архитектура расстройств аутистического спектра (РАС) представляет собой сложный комплекс факторов, и невозможно выделить один определяющий элемент, который всегда вызывает РАС. Значение каждого из этих факторов определяется моментом его проявления и эффектом, который он оказывает.

На данный момент точные данные о влиянии средовых факторов остаются на уровне гипотез. Тем не менее, за последние 5–10 лет, с получением доступа к большому эмпирическим данным от систем здравоохранения, ученые смогли сделать значительные шаги вперед в понимании этих факторов.

Среди потенциально значимых средовых факторов риска РАС можно выделить несколько ключевых аспектов:

1. **Возраст родителей:** Возраст отца и матери давно признан фактором риска для РАС. В настоящее время продолжается исследование того, как возраст родителей может выступать триггером для генетических и геномных процессов, которые могут привести к расстройствам развития.

2. **Факторы, связанные с беременностью и родами:** Например, недоношенность и трудные роды могут быть факторами риска. Примером исследования является работа *Antidepressant Use During Pregnancy and the Risk of Autism Spectrum Disorder in Children*, проведенная в Квебеке, Канада, с 1998 по 2009 год. В этом исследовании анализировались случаи использования антидепрессантов в период беременности у почти 300 000 женщин. Исключались многоплодные и недоношенные беременности, и фокусировались только на детях, рожденных после 37 недель. Выводы показали, что прием антидепрессантов во втором и/или третьем триместре увеличивает риск РАС у ребенка, тогда как в первом триместре и в течение года после беременности этот риск не наблюдается. Однако, для точного понимания необходимы дальнейшие исследования, чтобы определить, как конкретные препараты и их дозировки влияют на риск РАС.

3. **Интервал между беременностями:** В 2016 году был проведен систематический обзор по этому вопросу в исследовании *Birth Spacing and Risk of Autism and Other Neurodevelopmental Disabilities: A Systematic Review*. Выявлено, что дети, рожденные у женщин, забеременевших менее чем через 12 месяцев после предыдущих родов, имеют повышенный риск РАС по сравнению с детьми, рожденными у женщин, забеременевших позже чем через 36 месяцев. В то же время, некоторые исследования показывают, что слишком длительный интервал между беременностями также может быть фактором риска. Несмотря на неоднозначные результаты, можно предположить, что интервал между беременностями влияет на риск РАС. Одной из причин может быть снижение уровня фолатов у матери, что происходит из-за недостаточного восстановления организма после предыдущей беременности и может привести к сбоям в генетических процессах. Хотя сам по себе интервал между беременностями не

вызывает РАС, он может запускать каскадные процессы, способствующие развитию расстройства [62].

4.4. Генно-средовая архитектура РАС

В этой главе уделено значительное внимание ведущим генным механизмам, связанным с расстройствами аутистического спектра (РАС), и это вполне оправданно, так как на сегодняшний день РАС рассматривается как генетическое расстройство. Также рассмотрены примеры влияния средовых факторов риска, способствующих мутациям. Эти мутации передаются по наследству и, проходя через несколько поколений, вызывают изменения на клеточном уровне, что ведет к появлению РАС у последующих поколений. Мутации не возникают изолированно; они являются реакцией организма на определенные триггеры из окружающей среды.

В США реализуется масштабный проект под эгидой Национального института окружающей среды (National Institute of Environmental Health Sciences) — Environmental Genome Project. Этот проект направлен на сбор обширных данных о влиянии окружающей среды на человеческий геном. В рамках проекта выделены и подробно описаны средовые факторы, которые традиционно считаются мутагенными и оказывающими влияние на геном человека, что может приводить к различным последствиям, включая расстройства развития. Среди таких факторов можно выделить хорошо известные элементы, такие как радиация, а также химические и биологические воздействия. К химическим факторам относятся отравления организма различными химическими элементами, а к биологическим — воздействие бактерий и вирусов [63].

4.5. Психофизиологического развития детей с РАС в онтогенезе.

Аутизм представляет собой врожденное, нейробиологически обусловленное патологическое формирование высшей нервной деятельности и психоэмоциональной сферы. Это расстройство характеризуется выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями. Аутизм проявляется в области социального поведения, вербальной и невербальной коммуникации, а также познавательной деятельности.

Термин «расстройства аутистического спектра» (РАС) используется для обозначения группы состояний, связанных с нарушениями нейроразвития. Эти расстройства характеризуются качественными отклонениями в реципрокном социальном взаимодействии, вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченными стереотипными или повторяющимися формами поведения, интересами и движениями.

Симптомы РАС обычно проявляются в возрасте до трех лет, чаще всего в интервале между 12 и 18 месяцами. Однако в некоторых психических сферах

признаки первазивного развития могут не диагностироваться на протяжении, по меньшей мере, еще нескольких лет.

Онтогенез нервной системы [64]:

1. Закладка нервных структур опережает закладку остальных органов.
2. С ранних этапов нервные структуры подчиняют развитие эмбриона системной организации.
3. Все органы, начиная с момента их закладки, навсегда связаны с нервной трубкой.
4. Любая психическая функция связана с определенной структурой мозга.

4.6. Дизнейроонтогенез.

Нейроонтогенез – это генетически запрограммированные структурные и функциональные превращения в нервной системе от момента зарождения организма до его смерти.

В основе детского аутизма лежит дизнейроонтогенез, который включает недоразвитие или нарушение внутримозговой коммуникации на клеточном межнейронном уровне, на уровне локальных нейронных сетей, а также дефицит внутримозговых связей между отдаленными отделами мозга и дезинтеграцию между анализаторами различной модальности. Именно нарушение и дефицит внутримозговых связей обуславливают сам симптомокомплекс детского аутизма и сопутствующие ему явления, такие как избыточная гиперактивность.

Проблемы возникновения аутизма у детей неразрывно связаны с общими закономерностями функционального созревания нервной системы ребенка в раннем онтогенезе. Клинические проявления детского аутизма несут дизнейроонтогенетические черты, характерные и для других вариантов нарушений психоневрологического развития – двигательного, перцептивного, речевого и интеллектуального.

И.А. Скворцов с авторами предлагают нетрадиционный концептуальный подход к некоторым механизмам патогенеза аутизма у детей, а именно наличие патологической связи аутизма с нарушением этапа функционального нейроонтогенеза. Этот этап включает переход от генетически обусловленных и относительно независимых от внешней среды поведенческих автоматизмов, обеспечиваемых на пренатальных стадиях развития командными системами нейронов, к постнатальным реакциям, зависимым от афферентных систем и направленным на адаптацию организма к средовым условиям. Нарушение этого перехода приводит к отрыву командных ритмических автоматизмов в пределах различных поведенческих сфер от реальных условий окружающей внешней среды.

К признакам функционального дизнейроонтогенеза относятся нарушения общей схемы, темпов и синхронности развития функции, а также нарушение нормативной последовательности нарушения и смены критических периодов.

Отсутствие своевременной редукции устаревших автоматизмов, препятствующих полноценному становлению новых, приводит к функциональной мозаике, в которой одновременно проявляются персистентные нередуцированные стереотипии, выработанные на предшествующих стадиях развития, и новые автоматизмы – недоразвитые и деформированные [65].

Следует отметить, что детский аутизм на фоне активно текущих преобразований во всем организме, и особенно в нервной системе, характеризующих ранний детский онтогенез, несомненно, несет в себе дизонтогенетический компонент. Поэтому неправильно отрицать роль дизонтогенетических факторов в генезе детского аутизма, даже если согласиться с исключительно генетической природой заболевания (что пока не доказано). Сама генетическая программа при своей реализации в раннем периоде развития неизбежно сопровождается девиацией нейроонтогенеза, что проявляется как специфическими морфологическими изменениями, так и характерными клиническими симптомами.

4.7. Особенности физического развития детей с РАС.

Физическое развитие и двигательные способности детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) характеризуются моторной недостаточностью, отставанием от здоровых сверстников по антропометрическим параметрам и по развитию таких физических качеств, как сила, ловкость, скорость движения, быстрота реакции, выносливость, гибкость и подвижность суставов. Кроме того, у детей с РАС отмечаются выраженные нарушения координационных способностей, что обусловлено недостатками высших уровней регуляции, а также выраженной гипокинезией. Дети с РАС имеют значительные трудности и недостатки в развитии мелкой моторики. Подростки-аутисты в два раза чаще, чем их нейротипичные сверстники, подвержены риску ожирения и сопутствующих заболеваний, у них часто встречается атрофия мышц. В то же время у 37% детей в спектре, занимающихся физкультурой, наблюдается как уменьшение проблемного поведения, так и улучшение когнитивных навыков.

Исследование физического развития и двигательных способностей учащихся с расстройствами аутистического спектра (далее учащиеся с РАС) проводилось на базе Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Московского городского психолого-педагогического университета. В исследовании принимали участие младшие школьники 8-10 лет ($n=32$), имеющие РАС. Известно, что сниженный психофизический тонус детей с РАС оказывает негативное влияние на их физическое развитие и двигательные способности. При изучении физического развития у младших школьников ЦПМССДиП исследование проводилось с помощью перечисленных общепринятых методик: измерялись рост (см), вес тела (кг), окружность грудной клетки на вдохе и выдохе (см).

Оценивая физическое развитие учащихся младших классов с РАС, было выявлено, что по ростовым показателям 44% испытуемых соответствуют возрастной норме, а 56% превышают её. При этом 90% учащихся с РАС превышают возрастную норму по показателям массы тела.

Функциональную слабость аппарата внешнего дыхания у детей с нарушениями в развитии отмечают многие исследователи. Кроме того, дети с РАС не могут произвольно регулировать акт дыхания, часто задерживают дыхание, дыхание является поверхностным, а также их дыханию свойственна неустойчивость по амплитуде, ритму и частоте. Именно эти факторы оказывают отрицательное влияние на функционирование дыхательной системы детей с РАС и являются условиями низких показателей жизненной емкости легких, особенно при первых попытках испытуемых. Окружность грудной клетки на вдохе и выдохе учащихся с РАС значительно превышает таковые показатели учащихся специальной школы и массовой школы (на 35.8% и на 31.5% соответственно), так как по результатам измерений 90% учащихся с РАС превышают возрастную норму по показателям массы тела и соответственно имеют большую окружность груди как в покое, так и при вдохе и выдохе. При этом экскурсия грудной клетки учащихся с РАС значительно меньше показателей учащихся специальной и массовой школ [66].

По результатам исследования физическое развитие всех испытуемых с РАС является дисгармоничным. Исследование функционального состояния дыхательной системы и двигательных способностей учащихся с РАС (силы, скоростно-силовых качеств, быстроты движений, статического равновесия и статической выносливости) показало низкий уровень их развития по сравнению с учащимися массовой и специальной школ.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие этиологические факторы рассматриваются при расстройствах аутистического спектра?
2. В чем заключается генетическая архитектура РАС? Какие маркеры и механизмы участвуют?
3. Как внешняя среда влияет на развитие аутистических расстройств?
4. Как взаимодействуют генетические и средовые факторы в развитии РАС?
5. Как протекает психофизиологическое развитие ребенка с РАС в онтогенезе?
6. Что такое дизнейроонтогенез, и как он проявляется у детей с РАС?
7. Какие особенности физического развития характерны для детей с расстройствами аутистического спектра?
8. Составьте сравнительную таблицу нормального и атипичного психического и физического развития (по месяцам и возрастным этапам).

Темы Рефератов.

1. История становления теории аутизма. Донозологический период. Каннеровский период. Постканнеровский период.
2. Генетические и дизнейроонтогенетические гипотезы РАС.
3. Аффективная и когнитивная гипотезы РАС.
1. Шкалы оценки выраженности детского аутизма
2. Патофизиологическое обследование детей с РАС. 3. Нейропсихологическое обследование детей с РАС.

Тест для самопроверки

1. Как называется направление исследований, которое занимается переносом научных данных и открытий в практическую плоскость?
 - a) Теоретическая медицина
 - b) Патологическая медицина
 - c) Трансляционная медицина
 - d) Клиническая медицина
 - e) Фармацевтическая медицина
2. Какие клетки научились перепрограммировать для создания моделей различий в головном мозге?
 - a) Клетки крови
 - b) Клетки мышц
 - c) Клетки кожи
 - d) Клетки печени
 - e) Клетки костного мозга
3. Какой из следующих методов используется для определения распространённости РАС в популяции?
 - a) Генетический анализ
 - b) Частота встречаемости заболевания
 - c) Оценка социального функционирования
 - d) Опрос о семейной истории
 - e) Психометрическое тестирование
4. Какой показатель риска РАС для монозиготных близнецов, где один из них имеет диагноз, упомянут в тексте?
 - a) 50%
 - b) 70%
 - c) 85%
 - d) Почти 100%
 - e) 30%
5. Почему исследование о интервале между беременностями показывает неоднозначные результаты?
 - a) Из-за недостатка данных по использованию антидепрессантов
 - b) Из-за отсутствия корректных статистических методов

- c) Из-за того, что как слишком короткий, так и слишком длинный интервал могут быть факторами риска РАС
 - d) Из-за невысокого качества медицинского обслуживания
 - e) Из-за неполных данных о беременности и родах
6. Какие выводы сделаны о влиянии антидепрессантов на риск РАС у ребенка?
- a) Антидепрессанты не влияют на риск РАС, если они принимаются в первом триместре
 - b) Использование антидепрессантов всегда снижает риск РАС
 - c) Прием антидепрессантов во втором и/или третьем триместре увеличивает риск РАС
 - d) Все антидепрессанты одинаково влияют на риск РАС
 - e) Антидепрессанты могут только снизить риск РАС в любом триместре
7. Какой проект в США направлен на сбор данных о влиянии окружающей среды на человеческий геном?
- a) National Genome Project
 - b) Human Genome Project
 - c) Environmental Genome Project
 - d) National Health Project
 - e) Genetic Research Initiative
8. Какое из следующих утверждений наиболее точно отражает природу расстройств аутистического спектра (РАС)?
- a) РАС является приобретенным расстройством, вызванным психоэмоциональными травмами.
 - b) РАС проявляется только в старшем возрасте и не связано с ранним развитием.
 - c) РАС является врожденным нейробиологическим расстройством, связанным с дефицитом социального взаимодействия и общения.
 - d) РАС можно предотвратить с помощью современных медицинских технологий.
 - e) РАС всегда связано с физическими аномалиями мозга.
9. Каковы результаты исследования физического развития учащихся с РАС?
- a) 90% детей имеют идеальные показатели по всем параметрам
 - b) 90% учащихся с РАС превышают возрастную норму по показателям массы тела
 - c) У всех учащихся нормальное развитие
 - d) У всех учащихся снижена масса тела
 - e) 56% учащихся с РАС отстают по ростовым показателям
10. Какие изменения в дыхательной системе наблюдаются у детей с РАС?
- a) Увеличенная жизненная емкость легких
 - b) Повышенная устойчивость дыхания к внешним условиям
 - c) Низкие показатели жизненной емкости легких
 - d) Ускоренное дыхание с большой амплитудой
 - e) Полное отсутствие отклонений в дыхательной системе

5.ЛЕКЦИЯ. Атипичное развитие головного мозга и вызывающие РАС неврологические нарушения. Атипичное формирование извилин (гирификация). Атипичная активация и функциональная коннективность Биомаркеры.

5.1.Атипичное развитие головного мозга и вызывающие РАС неврологические нарушения

Чтобы понять особенности развития головного мозга у людей с расстройствами аутистического спектра (РАС), важно рассмотреть общие этапы его развития.

Формирование коры головного мозга начинается с наслаивания нейронов, которые развиваются в особых вентрикулярных зонах мозга. Эти нейроны начинают свое движение, создавая слои головного мозга, и этот процесс контролируется различными генными механизмами. Первоначально образуется слой, ближайший к вентрикулярным зонам, на него затем накладываются последующие слои, формируя сложную иерархическую систему. Это долгий и сложный процесс, в котором могут происходить сбои, приводящие к индивидуальным различиям или патологиям, таким как макроцефалия (увеличение головы) или микроцефалия (уменьшение головы), а также гемимегалэнцефалия (неравномерное увеличение полушарий мозга).

Одно из важных открытий последних лет в генетике заключается в том, что человек носит несколько геномов, а не один, особенно в мозге. Это открытие подорвало основную догму генетики, утверждавшую, что человек имеет один геном во всех клетках. Нарушения в формировании извилин коры мозга могут привести к аномалиям, таким как лиссэнцефалия (сглаживание извилин). Также могут возникать проблемы в образовании связей между нейронами, что критически важно для построения когнитивных структур.

На ранних этапах развития у детей с РАС мозговой материал накапливается очень быстро, примерно до 4 лет. После этого процесс замедляется, и к возрасту 4-5 лет развитие мозга ребенка с РАС становится схожим с типично развивающегося ребенка. Однако к 8 годам мозг ребенка с РАС начинает постепенно уменьшаться в объеме. Эти изменения особенно заметны в фронтальной (лобной) и темпоральной (височной) долях мозга, а также в миндалевидном теле. Менее выраженными являются изменения в париетальной (теменной) и окципитальной (затылочной) долях.

Исследователи предполагают, что процесс накопления мозгового материала у детей с РАС нарушен. Если у типично развивающегося ребенка развитие происходит от задних к передним отделам мозга, у детей с РАС этот процесс идет в обратном направлении, с ранним и быстрым развитием лобных участков. У сиблингов детей с РАС, то есть у родственников, также наблюдаются особенности

в формировании коры головного мозга, хотя эти особенности не приводят к клиническому диагнозу, но позволяют отличить их развитие от типичного.

Толщина и объем коры мозга зависят от миграции нейронов, а нарушение этих процессов может приводить к изменениям в толщине и объеме коры. Эти изменения можно моделировать в лаборатории, используя клетки кожи, которые перепрограммируются в стволовые клетки, из которых затем формируются нейроны.

С тех пор как была опубликована первая работа по картированию мозга, наука достигла значительных успехов в понимании развития мозга у детей с РАС. Известно, что развитие РАС связано с особенностями формирования коры головного мозга, затрагивающими как серое, так и белое вещество.

О развитии мозга у подростков и взрослых с РАС известно меньше. Однако уже установлено, что происходит ускоренное сокращение объемов мозга, изменения в структуре борозд и извилин. В миндалевидном теле у детей РАС наблюдается быстрый рост, который замедляется и становится похожим на объемы миндалевидного тела у типично развивающихся сверстников к подростковому возрасту.

Развитие мозга у людей с РАС нелинейно, и преждевременное или замедленное созревание может привести к значительным различиям в разных возрастах. Например, у детей раннего возраста с РАС миндалевидное тело увеличено, тогда как у подростков оно не отличается от такового у типично развивающихся сверстников. Поэтому при изучении нейроанатомических изменений у людей с РАС важно учитывать возраст и сравнения с типично развивающимися людьми.

Неврологические нарушения, связанные с РАС, затрагивают лобно-теменную, лобно-височную области коры, а также миндалевидное тело, мозжечок, базальные ядра и сингулярную извилину. Изменения в этих областях могут напрямую влиять на проявление симптомов РАС. Например, нарушения в области Вернике и центре Брока могут быть связаны с дефицитами в социальном взаимодействии и языке; лобно-височная область и миндалевидное тело могут ассоциироваться с социально-эмоциональными нарушениями, а глазнично-лобная кора и хвостатое ядро могут быть связаны со стереотипиями и манеризмами.

Исследования показывают, что эти нарушения не являются уникальными для РАС. Например, увеличение хвостатого ядра и миндалевидного тела также наблюдается при других расстройствах, таких как обсессивно-компульсивное расстройство и генерализованное тревожное расстройство. Нейроанатомические изменения в лобной доле, характерные для РАС, также обнаружены у людей с шизофренией [67].

5.2. Атипичное формирование извилин (гирификация)

Формирование объема и толщины коры головного мозга связано с процессом образования извилин, известным как гирификация. У людей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в этом процессе наблюдаются как структурные, так и функциональные изменения, которые непосредственно связаны с ускоренным ростом мозга в раннем детстве. Эти изменения могут привести к множеству аномалий в коре головного мозга: извилины могут варьироваться по размеру, симметрии и расположению. В некоторых случаях извилин может быть слишком много, они могут быть меньше обычного размера или иметь слишком симметричное расположение. Эти особенности особенно часто встречаются в лобной доле и наблюдаются у мальчиков значительно чаще, чем у девочек.

Формирование извилин головного мозга обладает высокой наследуемостью, хотя напрямую не связано с проявлением различных заболеваний. Важным фактором является плейотропность, то есть влияние одного гена на несколько фенотипических признаков, что может приводить к различным исходам в рамках одной причинно-следственной связи. Одним из возможных исходов этой связи может быть РАС [68].

5.3. Атипичная активация и функциональная коннективность

Разные участки головного мозга выполняют различные функции, такие как обработка информации, выполнение социальных ролей и организация поведения. Для успешного выполнения этих задач необходимо, чтобы между этими участками и их подструктурами существовали эффективные связи. Головной мозг должен функционировать как единая система, обеспечивая коннективность его различных отделов, что является материальной основой психических функций.

Для изучения этой коннективности часто используется МРТ, которая у людей с расстройствами аутистического спектра (РАС) обычно показывает низкую активность тех областей мозга, которые формируют социальный мозг. В эту систему входят миндалины, островковая кора, нижняя лобная кора и височно-теменной узел. Эти структуры работают вместе, чтобы обрабатывать социальную информацию. Социальный мозг активируется при выполнении различных социальных задач, таких как эмоциональное реагирование, распознавание лиц или понимание социальных ролей. Также он включается при тестах, в которых движение и взаимодействие геометрических фигур воспринимаются как социальные действия. Например, фраза «треугольник ударил квадрат» используется для создания социального контекста, хотя фигуры не могут реально взаимодействовать. В то время как у типичного человека социальный мозг интерпретирует такие ситуации как социальные, люди с РАС иногда испытывают трудности в понимании таких тестов [69].

Также наблюдается сниженная активность в областях мозга, отвечающих за переработку языка и речи, когнитивный контроль (включая планирование,

исполнительные функции и самоконтроль) и систему вознаграждений. Для правильной оценки социального поведения, жестов и символов как элементов поощрения необходимо их корректное восприятие и интерпретация. У людей с РАС эта система часто активируется недостаточно. Тем не менее, фМРТ выявила несколько областей мозга у людей с РАС, которые показывают повышенную активность в ответ на различные раздражители.

5.4.Биомаркеры

Родители детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) часто интересуются, какую реальную пользу может принести картирование головного мозга их ребенку. На данный момент ответ на этот вопрос таков: "Пока что никакой". Однако в будущем такие исследования могут оказаться весьма полезными. Основная цель картирования головного мозга — это создание системы биомаркеров для РАС.

Эта система биомаркеров может быть особенно ценна для семей, находящихся в группе риска, например, если у старшего ребенка или у кого-то из родственников уже есть диагноз РАС. С помощью биомаркеров возможно будет выявить РАС до появления первых симптомов. Исследователи надеются, что в будущем данные, полученные в результате картирования, позволят изменить развитие мозга на ранних стадиях, до того как он станет дифференцированным как у человека с РАС [70].

Вопросы для самоконтроля

1. Какие неврологические нарушения и особенности мозга ассоциированы с РАС?
2. В чем заключается атипичность формирования извилин (гирификация) у детей с РАС?
3. Как проявляется атипичная активация и нарушенная функциональная коннективность в мозге при РАС?
4. Что представляют собой биомаркеры расстройств аутистического спектра?
5. Проанализируйте возможный прогноз при раннем детском аутизме (РДА).

Темы Рефератов.

1. Аутические проявления при нервно-психических заболеваниях у детей.
2. Возрастные особенности психического развития ребенка с синдромом раннего детского аутизма.
3. Общие подходы к изучению поведенческих расстройств в детском возрасте

Тест для самопроверки

1. Какой из следующих процессов является первым в формировании коры головного мозга у людей с РАС?
 - а) Развитие извилин

- b) Образование миндалевидного тела
 - c) Формирование связей между нейронами
 - d) Формирование белого вещества
 - e) Наслаивание нейронов
2. Какой тип аномалии характеризуется неравномерным увеличением полушарий мозга у людей с РАС?
- a) Лиссэнцефалия
 - b) Микроцефалия
 - c) Сглаживание извилин
 - d) Образование новых нейронов
 - e) Гемимегалэнцефалия
3. В каком возрасте у детей с РАС наблюдается замедление процесса накопления мозгового материала?
- a) До 2 лет
 - b) До 3 лет
 - c) В 5 лет
 - d) В 6 лет
 - e) После 4 лет
4. Какие изменения в мозге детей с РАС становятся заметными к возрасту 8 лет?
- a) Увеличение париетальной доли
 - b) Увеличение объемов окципитальной доли
 - c) Нормализация толщины коры
 - d) Изменение массы тела
 - e) Уменьшение объема мозга
5. Какова основная цель картирования головного мозга для детей с РАС в будущем?
- a) Лечение симптомов РАС
 - b) Оценка текущего состояния мозга
 - c) Создание системы биомаркеров для раннего выявления РАС
 - d) Анализ изменений в структуре мозга после лечения
 - e) Определение причин развития РАС
6. Почему картирование головного мозга может быть особенно полезно для семей, находящихся в группе риска?
- a) Для предоставления общих рекомендаций по обучению
 - b) Для улучшения социальной адаптации ребенка
 - c) Для выявления РАС до появления первых симптомов
 - d) Для диагностики сопутствующих заболеваний
 - e) Для оценки когнитивного развития ребенка

6. ЛЕКЦИЯ. Анатомия, физиология и патология органов слуха, речи и зрения

6.1. Нарушение речи и ее функций у детей с РАС

Многие дети и взрослые с аутизмом сталкиваются с нарушениями слуха, речи и зрения, что усугубляет симптомы аутизма и затрудняет диагностику. Уже с работ L. Kanner в описаниях детского аутизма и других расстройств аутистического спектра (РАС) акцентируется особое нарушение речи, особенно в плане ее коммуникативной функции. Речевые способности таких детей часто не направлены на социальное взаимодействие, и, в случаях отсутствия речи, ни жесты, ни мимика не используются как компенсация.

Отклонения в речевом развитии при РАС проявляются в различных формах, и трудно найти речевую патологию, которая бы не встречалась при аутизме. Официальные диагностические системы (МКБ-10, DSM-IV) выявляют детский аутизм и другие РАС по поведенческим признакам, не учитывая этиологию и патогенез, что приводит к большому разнообразию клинических проявлений. Часто похожие симптомы имеют разные причины и механизмы, что усложняет выбор общей стратегии коррекции и конкретных методик. Специфика аутизма иногда накладывает ограничения на традиционные логопедические методы, требуя их модификации и адаптации.

Для того чтобы сделать коррекцию речевых нарушений более целенаправленной и эффективной, важно систематизировать нарушения не только по феноменологии, но и с учетом этиологии, патогенеза и динамики, а также в контексте общей клинической картины. Исследования речевых особенностей при РАС часто не рассматривают речь как интегральную психическую функцию и ограничиваются описательной характеристикой. Некоторые работы касаются генеза речевых нарушений, но в основном для различения РАС от других нарушений или форм РАС. В ряде исследований рассматриваются разные варианты речевых нарушений в контексте классификаций аутизма, основанных на других показателях, таких как нарушения аффективной или когнитивной сферы, что не позволяет полноценно изучить речевые нарушения при аутизме как таковые [71].

В данной работе предпринята попытка классификации нарушений речевого развития при РАС с учетом этиологических, патогенетических, феноменологических и динамических аспектов. Этиология РАС недостаточно изучена, но предполагается, что она неоднородна. Выделяются аутизм эндогенного генеза, формы, обусловленные органическим поражением головного мозга, и психогенные формы. В некоторых случаях можно говорить о сложном генезе и неясной этиологии.

Из дизонтогенетических механизмов, ведущим при аутизме считается асинхрония, вызывающая искажение развития, включая речевое. Часто при

диагнозах F84.0 и F84.1 встречается недоразвитие, что соответствует высокому проценту умственно отсталых среди детей с аутизмом. Реже встречаются задержка и депривация. Эти механизмы частично отражаются в симптомах речевых нарушений при РАС.

Проявления нарушений речевого развития при РАС разнообразны: мутизм, эхолалии, фразы-штампы, слова-штампы, отсутствие обращения, неправильное употребление местоимений, отсутствие «Я» в речи, нарушения лексики, семантики, просодики, грамматического строя, звукопроизношения и спонтанности высказываний. Эти симптомы описаны в различных источниках, но специализированных работ о речевых особенностях при РАС крайне мало. Хотя феноменология речевых нарушений при аутизме подробно не рассмотрена в данной работе, важно отметить, что все перечисленные симптомы не могут встречаться одновременно у одного ребенка. Кроме того, генез каждого нарушения может быть различным. Например, эхолалии могут быть связаны с непониманием, особенностями нейродинамики и имитации из-за органического поражения ЦНС, а также с аффективными и дизонтогенетическими проблемами и кататонией. Это многообразие подчеркивает необходимость дифференцированного подхода к коррекции речевых нарушений [72].

6.2. Типология нарушения речи

Анализ динамики речевого развития важен для понимания изменений, которые могут быть связаны с: а) возрастом, б) патологическими процессами (включая как регрессии, так и компенсации), и в) коррекционными мерами. Результаты могут варьироваться, но можно выделить несколько характерных сценариев [73]:

1. Полное отсутствие речи с самого начала (первичный мутизм);
2. Речь развивается нормально до 2-2,5 лет, а затем претерпевает глубокий регресс (до полного молчания);
3. Речь развивается нормально до 2-2,5 лет, затем происходит регресс (в возрасте 2,5 – 6 лет), а после 5-7 лет наблюдается искаженная динамика;
4. Замедленное или неполное развитие речи, сопровождающееся ее искажением;
5. Искаженное развитие речи.

Мутизм часто встречается у детей с аутизмом. Исследования как отечественных, так и зарубежных ученых показывают, что причины отсутствия речи и характер мутизма у таких детей могут сильно различаться. Поэтому коррекционные подходы должны быть разнообразными, и важно выделить два основных варианта речевого развития, где мутизм является ключевым признаком нарушений.

I. При первичном мутизме, который проявляется как недоразвитие и искажение речи, ребенок не имеет речи с самого рождения. Все этапы речевого

развития либо задержаны (гуление), либо полностью отсутствуют (лепет, слова, фразы). Обычно у таких детей диагностируют атипичный аутизм (F84.1), часто связанный с органическим поражением мозга. В генетическом анамнезе нередко обнаруживаются расстройства шизоидного спектра. Клиническая картина может включать глубокую или тяжелую умственную отсталость, а стереотипии могут быть примитивными, малозависимыми от внешней обстановки, и дети не так поглощены ими, как при классических формах аутизма. Понимание речи серьезно нарушено, однако повседневная речь (о еде, прогулках и т.д.) может быть более доступной, дети могут хорошо ориентироваться в ситуации. Также отмечается нарушение пространственной ориентации (трудности с простыми пазлами), с трудностью в соотнесении цвета или формы, а большинство невербальных навыков ограничено. Поведение часто близко к инертному, целенаправленная деятельность отсутствует, внимание сильно нарушено. Отношение к окружающим индифферентное, игровая деятельность не содержит элементов увлечения. Глазной контакт формальный и кратковременный, страхи и тревога нехарактерны.

Существует и другой вид первичного мутизма с недоразвитием и искажением, когда у ребенка нет явных признаков органического поражения ЦНС и пре- и перинатальные нарушения не отмечаются, хотя наследственность может быть отягощена расстройствами шизоидного спектра. Мутизм в таких случаях обычно связан с сенсомоторной алалией. Интеллектуальные нарушения менее выражены, хотя общая и тонкая моторика значительно недоразвиты. Понимание речи сильно нарушено, пассивный словарь минимален или отсутствует. Произвольная деятельность практически невозможна, а поведенческие проблемы могут включать негативизм, агрессию и крики. Стереотипии могут быть незначительными или отсутствовать, но коммуникация нарушена.

Таким образом, при этом варианте нарушения речевого развития при аутизме мутизм в основном связан с выраженной умственной отсталостью или сенсомоторной алалией, что указывает на сложную и неоднородную структуру дефекта. В некоторых случаях может наблюдаться сочетание двух видов патологии (глубокая умственная отсталость и аутизм или сенсомоторная алалия и аутизм), что усложняет коррекционную работу и делает прогноз крайне сложным.

Однако существует и другая структура нарушений, когда аутистическая симптоматика у ребенка с выраженной умственной отсталостью развивается из-за интеллектуального дефекта, как это описывается в термине «аутизм бедных» Э. Крепелина. При своевременной и интенсивной коррекционной работе ребенок может стать доступен методам олигофренопедагогики и достигнуть интеллектуального прогресса благодаря устранению синдрома «олиго-плюс». Также при сенсомоторной алалии (особенно если имеется наследственная предрасположенность к шизоидным расстройствам) аутистическая симптоматика может быть следствием раннего тяжелого недоразвития речи и, в этом случае,

раннее вмешательство может уменьшить или предотвратить развитие аутистических симптомов. Перспективы развития ребенка будут зависеть от успешности коррекции сенсомоторной алалии. Дифференциация сочетанных и осложненных форм в рамках этого варианта нарушений речевого развития при аутизме сложна и возможна только после пробного обучения в течение не менее двух-трех месяцев.

II. Во втором случае, при глубоком распаде «нормально» развивающейся речи, раннее речевое развитие проходит в типичные сроки или даже немного ускорено. Первые слова не относятся к близкому окружению ребенка (вместо «мама», «папа», «баба» используются слова типа «листочек», «табуретка», «луна» и т.д.). Первые фразы появляются вскоре после слов и обычно имеют сложную структуру, но также не связаны с ближайшим окружением. Чаще всего это цитаты из стихов, радио- и телепередач (особенно реклам), фразы, произнесенные другими людьми в эмоциональном состоянии (включая бранные слова). Эти слова и фразы ребенок произносит, не понимая их смысла, даже если это сложные слова или конструкции. Речь отражает внутреннее состояние ребенка и не предназначена для общения, то есть не является коммуникативной.

В возрасте 2-2,5 лет у таких детей наблюдается распад экспрессивной речи, сопровождающийся выраженными аффективными расстройствами, снижением психического тонуса и тяжелыми нарушениями произвольной деятельности. Эти изменения могут совпадать с серьезными соматическими заболеваниями или психотравмирующими ситуациями. В речи исчезают фразы и слова, появляются бессвязные вокализации и крики. Аффективная и моторная сферы также нарушены: возникают страхи, тревога, сложности с выполнением сложных двигательных действий, сниженный мышечный тонус, бедная мимика, ребенок становится безразличным к взаимодействию, не проявляет явных эмоциональных реакций (например, не стремится к контакту, но и не отвергает его, идет на руки к любому человеку без эмоций и т.д.).

Сенсорная сфера развивается искаженно: несмотря на сохранение слуха и зрения, предпочтение отдается контактным сенсорным системам, детям свойственно обнюхивать, облизывать и ощупывать предметы. Глазной контакт отсутствует (дети смотрят мимо, предпочитают периферическое зрение).

В моторном развитии наблюдается крайняя неравномерность. В раннем возрасте дети могут быть пластичными, грациозными и ловкими, несмотря на отсутствие чувства края, хорошо ориентируются в пространстве. Однако с возрастом проявляются двигательные стереотипии, нарушается мышечный тонус и усиливается амимичность. В произвольной деятельности движения становятся нецеленаправленными, угловатыми и неловкими, дети не могут выполнять простейшие инструкции, даже если понимают их содержание. Игровая деятельность практически не развивается, действия с предметами носят характер стереотипных манипуляций, ребенок не сосредоточивается на каком-либо

предмете и постоянно переходит от одного действия к другому. Эти нарушения делают обучение бытовым и учебным навыкам чрезвычайно сложным.

Оценить уровень развития импрессивной речи в дошкольном возрасте при глубине аутистических расстройств сложно. Однако, по мнению О.С. Никольской и соавторов, при внимательном наблюдении и общении с ребенком часто удается установить, что импрессивная речь все же развивается. Это проявляется в появлении иногда на высоте аффекта «плавающих» слов и фраз, а также в способности ребенка выполнять простые инструкции по просьбе взрослых (хотя это возможно не всегда и чаще в контексте ситуации и после длительной коррекционной работы). Для многих детей с этим типом речевого развития характерны стереотипные вокализации (лепетные звуки, свист, подражание неречевым звукам – скрипу дверей, пisku животных и т.д.).

В данном случае ведущим этиологическим фактором является манифестация тяжелого эндогенного процесса, который определяет динамику развития ребенка, включая речевое развитие. Патогенез речевых нарушений включает в себя искажение речевого развития на фоне распада психики, что ведет к мутизму.

III. Частичный регресс речи у детей, развивающихся в пределах нормы. Существует группа детей, у которых нарушения речи начинаются примерно в возрасте 2–2,5 лет, хотя до этого момента их речевое развитие было в значительной степени нормальным. После достижения этого возраста у таких детей начинают проявляться аутистические черты. Согласно анамнезу, начало этих изменений часто связано с внешними факторами, такими как соматические заболевания или психотравмирующие ситуации. Аутизм проявляется в избегании общения с другими детьми, страхах и тревожности, увеличении стереотипных действий, ритуалах, самоагрессии, усилении феномена тождества и регрессе речи. В экспрессивной речи остаются лишь отдельные слова или фразы-штампы, и порой речь может исчезнуть вовсе, хотя понимание остаётся. Позднее, в возрасте от 5 до 7 лет, речь может восстановиться, но она будет в основном представлена эхολалиями и штампованными фразами. К 7 годам может появиться спонтанная речь, хотя она часто имеет грамматические ошибки и нарушения произношения. Нарушения произношения встречаются довольно часто (например, сигматизм, ламбдацизм и другие), но они часто временные: на эмоциональном подъёме, при уверенности и увлечении, а также по мере накопления речевого опыта произношение улучшается, а грамматический строй становится правильнее. Это позволяет предполагать, что депривация может сыграть значительную роль в нарушениях произношения и грамматики, поэтому не следует торопиться с коррекцией звуков и грамматических норм.

Оценка интеллектуального развития таких детей затруднена по нескольким причинам. Внешние проявления аутизма у них менее выражены, чем у детей с другими вариантами речевого развития, что может привести к завышенным

требованиям в процессе тестирования или на ПМПК (психолого-медико-педагогическая консультация). Ребёнок может демонстрировать повышенную исполнительность и ответственность, но из-за этого становится более замкнутым и заторможенным, что усложняет выполнение заданий и может привести к необоснованно заниженной оценке его интеллектуальных способностей. Обычно интеллект таких детей сохранен, хотя его развитие может быть неравномерным, что связано с повышенной утомляемостью, астеничностью, гиперсензитивностью или парциальной одарённостью в определённых областях знаний или искусства. Интенсивное увлечение определённой деятельностью может затруднять восприятие окружающего мира, что способствует вторичной аутизации.

Моторное развитие этих детей в целом соответствует возрастным нормам: они проходят все основные этапы развития своевременно. Они осторожны в движениях, боятся высоты, медленно осваивают лестницу и шведскую стенку. Характер моторики может изменяться в зависимости от внешних условий: в новой обстановке движения могут стать замедленными и скованными, а в редких случаях (обычно после 5 лет) может наблюдаться психомоторная расторможенность.

Праксис нарушен незначительно и характеризуется неравномерностью: в одних видах деятельности ребёнок может быть успешен, в других, даже более простых, — нет.

Игровая деятельность до 4–5 лет обычно стереотипна, но разнообразная и гибкая, часто включает элементы символической игры. Хотя эндогенные факторы играют значительную роль в развитии этого варианта РАС и связанной с ним речевой патологии, нельзя не учитывать и значительное влияние реактивных явлений. Это позволяет говорить о сочетании искажения и временного регресса, а также, в меньшей степени, о явлениях депривации.

IV. Задержка речи в сочетании с её искажением. У детей с этим типом речевого развития наблюдается специфическая задержка, сопровождающаяся искажением речевых навыков. Этапы раннего речевого развития наступают позже обычного, с меньшей активностью: первые слова появляются с значительной задержкой и зачастую это слова типа "мама", "баба", "папа", которые не адресованы конкретным лицам и произносятся скорее в воздух. Переход к фразовой речи происходит с большой задержкой по сравнению со сверстниками, и спонтанная фразовая речь практически не формируется.

Экспрессивная речь этих детей в основном представлена эхолалиями (чаще всего отложенными) и набором слов и фраз-штампов. В речи часто закрепляются слова и фразы, которые ребёнок часто слышит от взрослых (например, вопросы о потребностях, цитаты из стихов и песен, музыкальные сказки и реклама). Иногда эхолалии и штампы используются для аутостимуляции, а иногда осознанно и уместно, когда ребёнок связывает слова с эмоциональной ситуацией, в которой они были услышаны.

С возрастом импрессивная речь развивается в основном за счет номинативного словаря, глаголы употребляются преимущественно в инфинитиве, предлоги встречаются редко, категории числа, времени и рода используются слабо. В спонтанной речи слова обычно не согласуются по падежам и лицам. Недоразвитие грамматического строя связано со стереотипностью поведения и неравномерным развитием праксиса.

Также наблюдается значительная задержка и нарушение использования личных местоимений. Эта особенность речевого развития требует комплексного психолого-педагогического вмешательства, поскольку без коррекции она может сохраняться на долгие годы.

Нарушения звукопроизношения свойственны почти всем детям с этим типом развития: это включает нечеткость произношения, замену и пропуск звуков. Причины этих нарушений могут быть различными, включая аутистические аспекты (малый опыт общения, отсутствие стремления к подражанию), неврологические проблемы, нарушения фонематического слуха и редкие отклонения в строении периферического речевого аппарата. Дети могут проявлять интерес к звуковой структуре слов и их ритмической организации, что иногда приводит к патологическим нарушениям произношения из-за частого изменения звуков и слогов.

Нарушения просодии речи наблюдаются всегда. Наиболее характерна брадилалия, реже тахилалия. Речь может быть монотонной и ринофоничной, особенно если отсутствует эмоциональный контакт с собеседником. В условиях эмоционального контакта ребёнок может адекватно (или даже чрезмерно) повторять интонации собеседника.

Дети с этим типом развития стремятся избегать контакта, не устанавливают прямого зрительного контакта, и, если контакт слишком настойчив, их стереотипные действия усиливаются, возникают тревога, беспокойство, страх и даже агрессия или самоагрессия.

Крайний консерватизм выражается в стремлении сохранить постоянство в окружающем мире и сопротивлении любым изменениям. Это может проявляться в стремлении сохранить неизменной обстановку в доме, привязанности к определенной посуде, трудностях в смене одежды, избирательности в еде, стереотипных играх и предпочтениях в книгах и мультфильмах, а также в строгости следования распорядку дня.

В конце первого и начале второго года жизни наблюдается так называемый «симбиоз»: ребёнок требует постоянного присутствия матери, но не проявляет явных положительных эмоций к ней. У детей с этим типом развития часто обнаруживается умственная отсталость (умеренной или легкой степени), хотя у небольшой группы сохраняется интеллект с выраженной неравномерностью развития отдельных интеллектуальных функций.

Моторное развитие таких детей часто представляет собой наибольшую сложность. На ранних этапах наблюдается задержка моторного развития, мышечная дистония, гипер- или гипотонус, иногда стертые признаки ДЦП (детский церебральный паралич). Праксис грубо нарушен: навыки самообслуживания формируются медленно и иногда не формируются без специального обучения. Игра обычно манипулятивная: ребёнок может часами вертеть колеса игрушечной машины, строить длинные ряды кубиков или ритмично стучать предметами.

В этом типе речевого развития сочетаются легкие органические нарушения ЦНС с эндогенными факторами, а патогенез включает как искажение речевого развития, так и явления задержки или негрубого недоразвития.

V. Нарушение коммуникативной функции при формально правильном речевом развитии. В этом случае, несмотря на то, что в первые два-три года жизни дети не вызывают у родителей особого беспокойства — их первые слова и фразы появляются чуть позже нормы, эхоталии редко встречаются, и наблюдается быстрое расширение активного словаря, — по мере роста становится очевидно, что их речь не выполняет полноценной коммуникативной функции. После 4-5 лет становится ясно, что хотя речь ребенка выглядит развитыми, она не обеспечивает длительного и гибкого взаимодействия с собеседником, и ребенок не способен вести диалог или выражать свои мысли спонтанно. Его речь в значительной мере состоит из заимствованных фраз и шаблонов, связанных с его узкими интересами или пристрастиями, иногда даже увлечениями. Несмотря на наличие большого количества стереотипных фраз, в речи часто встречаются неологизмы. Длинные монологи, как правило, касаются для ребенка значимых тем, и ему мало важно, слушают ли его, что делает его речь эгоцентричной. Попытки вмешательства в такие монологи могут вызывать тревогу, раздражение или даже агрессию.

Грамматика речи обычно не вызывает проблем, хотя могут быть небольшие ошибки при переходе к спонтанной речи, и задержка в использовании личных местоимений также наблюдается. Нарушения звукопроизношения встречаются редко, в основном это ротацизм или сигматизм, при этом фонематический слух часто сохраняется. Для некоторых детей характерно заикание, проявляющееся при переходе к спонтанной речи. Просодические нарушения, такие как скандированность, тахилалия, специфические модуляции голоса и необычные интонации, наблюдаются у всех детей с таким речевым развитием и трудно поддаются коррекции.

Социальные контакты таких детей обычно формальны и ограничены их узкими интересами. Они часто не чувствуют дистанции, особенно в общении со взрослыми, и могут вступать в контакт с незнакомыми людьми. Эмоциональная связь с окружающими, включая близких, изначально отсутствует и формируется с трудом, как и способность к сопереживанию и сотрудничеству. Несмотря на их холодность к другим, они очень чувствительны к своим переживаниям, но часто

не ощущают опасности. Это важно учитывать, так как двигательные стереотипии таких детей часто связаны с гиперактивностью и импульсивностью.

Часто сверхценные интересы и увлечения связаны с пережитыми страхами или эмоционально насыщенными ситуациями, на которых ребенок фиксируется и стремится повторять. Со временем это может перерасти в патологические влечения, агрессию и стереотипные фантазии и игры, которые могут быть достаточно сложными и сюжетными, часто с агрессивной темой.

Интеллект таких детей обычно сохранен, но развивается неравномерно. Они проявляют склонность к символизации, легко усваивают абстрактные понятия и могут увлекаться изучением карт, энциклопедий, составлением схем и маршрутов. Эти увлечения часто возникают без внешнего побуждения и с возрастом становятся механическими, переходя в бесплодные фантазии и резонерство.

Общая и тонкая моторика развиваются в начале соответствующим образом, но навыки часто осваиваются неравномерно из-за негативизма к обучению и трудностей с сотрудничеством со взрослыми. Праксис развивается фрагментарно, и способности, связанные с интересами ребенка, могут быть развиты хорошо, в то время как другие, более простые действия осваиваются с трудом.

Развитие речи и общей моторики у детей с синдромом Аспергера (F84.5) и детским аутизмом без интеллектуальных нарушений часто характеризуется дисгармоничными изменениями. Учет уровня интеллекта, аффективного состояния и особенностей речевых расстройств поможет повысить эффективность коррекционных мероприятий.

6.3. Развитие слухого аппарата у детей с РАС.

Расстройства аутистического спектра (РАС) чаще встречаются среди глухих людей, чем среди слышащих. Тем не менее, еще чаще среди них встречаются проблемы и состояния, которые очень напоминают аутизм, но в действительности связаны с языковой депривацией (Wright and Oakes, 2012). Кроме того, для многих людей с аутизмом характерны трудности с восприятием звуков и негативное отношение к определенным видам звуков.

Причины РАС до сих пор не до конца понятны. Хотя доказана связь между генетическими причинами и аутизмом, существует также причинно-следственная связь с различными факторами, повышающими уязвимость нервной системы. Глухота может вызываться различными причинами, в том числе, нарушениями функционирования мозга, например, в результате цитомегаловирусной инфекции, менингита, краснухи, недоношенности и некоторых синдромов. Эти же причины, что неудивительно, могут привести к развитию РАС [74].

В последние годы уровень выживаемости среди младенцев с этими проблемами неуклонно растет. Дэвис предположил, что в течение последующих

20 лет это приведет к увеличению числа глухих людей среди населения на 20%. Соответственно увеличится и доля глухих людей, у которых есть РАС.

Диагностика аутизма и глухота

Во всем мире существует проблема почти полного отсутствия специалистов, у которых есть необходимая квалификация и опыт для работы с глухими людьми в спектре аутизма. Еще меньше специалистов, которые при этом сами являются глухими или владеют жестовым языком.

Это приводит к распространению неверных диагнозов (что включает как недостаточную, так и избыточную диагностику). В целом, по сравнению со слышащими людьми, глухие люди чаще и остаются без необходимого диагноза РАС, и ошибочно получают этот диагноз (Austen, Grey, and Carney, 2007). Однако даже специалистам, у которых есть опыт работы с глухими пациентами, сложно диагностировать у них аутизм, так как многие сложности, характерные для глухих людей, очень напоминают аутизм, но являются следствием внешних условий жизни.

Языковая депривация и психическое развитие

Первые 5-7 лет жизни ребенка являются критически важным периодом, в течение которого человеческий мозг учится понимать комплексные, абстрактные и социальные аспекты языка. В эти годы каждый ребенок нуждается в богатой языковой среде. В противном случае, это может привести к языковой депривации и перманентной задержке в языковом развитии. Одно исследование, проведенное среди глухих детей и их семей, показало, что 20% глухих детей не могут ответить на вопросы ни с помощью устной, ни с помощью жестовой речи, несмотря на нормальный уровень невербального интеллекта.

Если ребенок не владеет никаким языком, то он не может удовлетворительным образом взаимодействовать с другими людьми, что приводит к задержке в развитии социальных навыков – ребенку сложно научиться определять психическое состояние других людей и то, как их поведение объясняется их мыслями и чувствами. Другими словами, это приводит к задержке в развитии модели психического, что также является одним из ключевых симптомов аутизма. Однако в данном случае задержка в развитии модели психического объясняется отсутствием возможностей для языкового развития.

Очевидно, что единственная причина такой задержки в развитии модели психического – это языковая депривация, а не сама глухота. Другое исследование показало, что у глухих детей глухих родителей модель психического развивается так же, как и у слышащих детей слышащих родителей (примерно в 3-5 лет). Значительная задержка модели психического встречалась только у глухих детей слышащих родителей.

Модель психического может развиваться позже, и, разумеется, лучше позже, чем никогда. Тем не менее, в результате ребенок может упустить важные возможности для социального и когнитивного развития в различных обучающих

и социальных ситуациях. Например, в группах сверстников, в отношениях с учителями и другими авторитетами и во время романтических отношений.

Поэтому в случае подозрений на аутизм при глухоте у ребенка важно оценивать его мотивацию к общению, а не уровень его коммуникативных навыков.

Низкий уровень развития модели психического (способности определять восприятие, чувства и мысли других людей) – это возможный симптом РАС, но сам по себе он не говорит об аутизме. Языковая депривация может привести к задержке в развитии модели психического у глухих людей. Такая проблема среди глухих людей не связана с самой глухотой, и ее можно предотвратить [75].

6.4 Заболевания и психофизиологические расстройства связанные с РАС.

В данном разделе рассмотрим следующие Заболевания и психофизиологические расстройства связанные с РАС [76]:

Диплопия и полиплопия

Двойное или множественное изображение часто встречается у людей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и может проявляться по-разному. Одним из наиболее распространенных проявлений является многократное повторение частей лица, таких как глаза, носы или рты. Эти элементы могут перемещаться в горизонтальном, вертикальном или обоих направлениях. В некоторых случаях причиной может быть постоянное вращение головы. Иногда наблюдается периферическое двоение при взгляде на центральный объект (физиологическая диплопия).

Полиплопия может исчезнуть при изменении зрительного стимула, если она не связана с нарушениями фиксации или равновесия мышц. Для исключения проблем с бинокулярным зрением перед подбором зрительного стимула следует провести оптометрическое обследование.

Редким симптомом является восприятие лиц в перевернутом виде. При этом форма лица может оставаться неизменной, но его черты могут казаться перевернутыми. Волосы могут оставаться на месте или также переворачиваться. В нашей практике был случай, когда ребенок видел родителей с лицом, повернутым на 90 градусов, хотя чаще встречается поворот на 15 градусов. Возможно существование других искажений изображения, не только поворота лиц, о которых мы пока не имеем информации.

Также бывает редкий случай, когда лицо кажется вогнутым, а не выпуклым. В одном из случаев при изменении зрительного стимула лицо сразу приобрело правильное направление.

Обесцвечивание

Черты лица могут полностью терять цвет и исчезать, что может быть постоянной особенностью и описываться как агнозия лиц. Волосы, тело и другие

части остаются видимыми. Правильно подобранный зрительный стимул почти всегда приводит к успешному результату. Первый опыт правильного восприятия лиц часто вызывает сильные эмоции и может привести к стрессу из-за осознания упущенного ранее. Иногда результат может вызвать гнев из-за ощущения, что простое исправление могло бы быть применено раньше, если бы об этом знали.

Инерционность

Иногда у людей с РАС возникает ощущение, что лицо находится в двух местах одновременно при его перемещении. В редких случаях это состояние может сохраняться долго, и некоторые художники даже используют его при написании портретов. Это может быть связано с памятью, а не только с инерционностью. Правильный зрительный стимул обычно быстро устраняет эти симптомы и улучшает четкость зрения.

Проблемы с памятью

У человека с РАС может быть трудность в запоминании лиц, то есть он может запомнить лицо, но забывать имя. Эти нарушения часто встречаются при РАС. Влияние зрительного стимула на распознавание лиц ограничено, если проблема связана только с памятью. Однако нередко то, что воспринимается как проблема с памятью, может быть следствием неправильного восприятия лиц. Поэтому важно исключить эту возможность.

Распознавание собственного лица

Распознавание собственного лица может быть проблематичным при РАС. Ваши черты известны вам через осязание, но при взгляде в зеркало они могут выглядеть совершенно иначе. Неспособность узнать себя может существенно повлиять на самооценку и вызвать сильное расстройство, особенно у девочек, которые могут чувствовать себя как чудовища. Подбор правильного зрительного стимула помогает пациентам увидеть свое лицо, что вызывает сильные эмоции. Часто можно услышать такие комментарии, как: «Я думал, что я урод, до этого момента». Уверенность в себе и манеры поведения во многом зависят от способности распознавать свое лицо, что является важным результатом подбора зрительного стимула при РАС.

Мимика

Мимика требует способности видеть выражения лиц других людей и воспроизводить их на своем собственном лице. Когда у ребенка есть проблемы с выражением лица, он может выглядеть невозмутимо или без выражения. Также может быть проблема с осознанием выражений своего лица из-за недостатка распознавания мышц, управляющих выражением. Улучшение мимики зависит от способности видеть и интерпретировать выражения других лиц и управления собственным выражением. Таким образом, распознавание лиц играет ключевую роль в развитии выражений собственного лица.

Зрительный контакт

Зрительный контакт может вызывать боль и дискомфорт у людей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и быть сложным для них. В большинстве случаев зрительный контакт либо становится нормальным, либо значительно улучшается после корректировки зрительного стимула. Однако важно учитывать, что для обычного человека взаимодействие через зрительный контакт затруднено, если он не видит глаз смотрящего на него человека из-за спектрального поглощения цветных линз. Поэтому людям с проблемами распознавания лиц часто рекомендуют снимать цветные очки.

Гештальт (целостная картина)

Иногда у людей с РАС лицо может отделяться от фона, затем фон исчезает, и лицо занимает всё поле внимания. Это крайне редкое явление. Неясно, оказывает ли управление зрительным стимулом какое-либо воздействие на этот эффект.

Синдром Капгра

Синдром Капгра – это редкая аномалия, при которой человек считает, что наблюдаемый им человек является подделкой: «Ты выглядишь как моя мать, но ты не моя мать, ты самозванка!» Мы сталкивались только с одним таким случаем, и проблема была решена с помощью корректирующих очков. Неизвестно, влияет ли изменение зрительного стимула на это нарушение.

Замирание

Движение лица, особенно рта, у говорящего человека может казаться замершим. Звуки речи могут казаться замершими или в какой-то момент вновь возобновляться. Это редкий эффект. Управление зрительным стимулом устраняет этот симптом, но поскольку мы наблюдали лишь небольшое количество случаев, результаты могут быть не совсем точными.

Отделение головы от тела

Этот необычный симптом характеризуется тем, что голова движется за телом, поскольку её образ обрабатывается медленнее, чем образ тела. Во всех случаях, с которыми мы сталкивались, голова кажется искаженной, но в конечном итоге воссоединяется с телом, когда движение прекращается. Обычно обнаруживаются аномалии в обработке движений, такие как эффект Пульфриха и проблемы с доминированием средней линии. Управление зрительным стимулом устраняет этот неприятный и пугающий симптом, но мы видели лишь немногие случаи такого явления.

Тени

Пациенты с РАС могут видеть тени от тел, которые на самом деле отсутствуют. Это проявление может быть связано с галлюцинациями или ложной памятью. Управление зрительным стимулом оказывает ограниченное воздействие на этот симптом.

Галлюцинации

Аутисты часто сообщают о галлюцинациях (хотя иногда они избегают говорить об этом родителям). Они могут видеть, как в комнате появляются люди, которых они видели на телевидении несколько дней назад. Иногда пациенты с РАС видят людей (чаще всего детей) в современной или старомодной одежде. Некоторые дети говорят, что видят призраков. Механизмы этих явлений остаются неизвестными, и их рассмотрение выходит за рамки данной работы.

Зрительная эхолалия

Ранее виденные лица могут вновь появляться в текущих наблюдаемых изображениях. Управление зрительным стимулом в этом случае оказывается очень успешным. Однако результаты сложно оценить однозначно из-за редкости этого явления.

Спровоцированные эффекты

Провоцирование изменений в восприятии лица при воздействии неадекватного зрительного стимула встречается примерно у 10% от общей популяции. Это наблюдается как у людей с нарушениями обработки зрительной информации, так и у значительной части людей, не имеющих таких проблем. Исключение составляют симптомы, связанные с расстройствами памяти. Поскольку свет может вызывать неприятные симптомы, а светофильтры уменьшают их, очевидно, что окружающая среда может играть решающую роль в возникновении симптомов.

Амблиопия

Проблемы с обработкой зрительной информации чаще встречаются у людей с пониженной остротой зрения (0,66–0,33). Врожденная катаракта может быть одной из причин прозопагнозии, но это состояние также может быть вызвано резким снижением остроты зрения, а не только катарактой. Пониженная острота зрения затрудняет восприятие информации о лицах.

Некоторые особенности могут наблюдаться при гиперметропии. Однако, если управление зрительным стимулом улучшает распознавание лиц, это может также привести к улучшению остроты зрения. В то же время, изменение стимула может вызвать усиление симптомов.

Связанные проблемы

Иногда кажется, что другие объекты также изменяют свою форму, размер или цвет или становятся аморфными. Мир может казаться странным и непредсказуемым для людей с аутизмом, и это усложняет восприятие окружающего мира. Эти проблемы усугубляют другие нарушения сенсорной обработки, такие как расстройства слуховой информации, сенсорная защита, изменения в обработке сенсорной информации, а также вестибулярные и проприоцептивные проблемы.

Мы обычно полагаемся на достоверность информации, поступающей от органов чувств. Эта информация обрабатывается через соотнесение и память, и на основе этого принимаются действия, отражающие стабильный мир восприятия.

При РАС чувственный мир и сигналы могут отличаться от ожидаемого. Нарушения сенсорной обработки являются постоянной чертой аутизма и часто вызывают наиболее серьезные трудности.

Сенсорная интеграция

Для людей с РАС объединение всех ощущений в единое целое может быть крайне трудной задачей. Для некоторых это может быть невозможным, и они могут использовать одно или два ощущения одновременно. Тем не менее, интеграция ощущений является основным способом нашего понимания мира. Мы полагаемся на восприятие и понимание информации, полученной от органов чувств. Когда это восприятие оказывается ненадежным или подавляющим, это может приводить к значительным проблемам. Большинство трудностей, с которыми сталкиваются люди с аутизмом, связаны с нарушениями отдельных органов чувств, и эти проблемы не всегда приоритетны. Чем раньше они будут решены, тем лучше. Зрение может оказывать значительное влияние на все сенсорные системы, и это влияние может быть весьма выраженным.

Зрение и слуховая информация

Зрение может использоваться для устранения или смягчения проблем, связанных с обработкой слуховой информации, с быстрым эффектом. Рекомендуются рассматривать перекрестные взаимовлияния на раннем этапе. Родители должны обращать внимание на ребенка, который отвечает на вопросы с помощью слова «что» или выглядит, как будто отключается. Нарушения речи или необычные акценты также могут указывать на проблемы с интеграцией зрительных и слуховых сигналов. В Великобритании американский акцент у британского ребенка может быть признаком нарушения обработки зрительной информации!

При гипер- или гипочувствительности к звукам зрительный стимул можно настроить так, чтобы изменять воспринимаемый объем слуховой информации. Это может быть связано с дефицитом магноцеллюлярной системы.

Изменение скорости обработки слуховой информации может приводить к тому, что дети с аутизмом воспринимают быструю речь как неразборчивую. Это связано с визуальными следами (теми следами, которые оставляют движущиеся объекты), которые присутствуют у многих детей с РАС. Устранение визуальных следов обычно приводит к прекращению проблемы с восприятием звуковых отзвуков.

Амблиопия

Амблиопия, или «ленивый глаз», часто сопровождается проблемами с обработкой слуховой информации, которые обычно описываются как плохой слух. Обычно поражается то же ухо, что и глаз (например, левый глаз и левое ухо). Однако, если доминантный глаз поражен, это может затрагивать противоположное ухо. Стандартное лечение амблиопии включает наложение повязки на лучше видящий глаз (окклюзия), и это иногда также оказывает влияние

на слух. Применение оптимальных фильтров для зрения (в соответствующих случаях) может повысить остроту зрения и одновременно улучшить слух.

Шум в ушах

Звон или шум в ушах встречаются реже при РАС, но хорошо поддаются коррекции с помощью зрительных стимулов. Результаты у детей обычно очень хорошие: проблема часто устраняется при корректировке стимула.

Баланс и вестибулярные проблемы

Баланс у людей с РАС может нарушаться необычным образом. Обычно стабильнография показывает, что закрытие глаз уменьшает устойчивость, но у некоторых детей с аутизмом может быть обнаружена лучшая устойчивость с закрытыми глазами. Это свидетельствует о том, что нарушение равновесия может быть связано с поступающей зрительной информацией.

Дети с аутизмом часто имеют проблемы с ходьбой на цыпочках, наклоном в одну сторону или восприятием поверхности земли. В некоторых случаях эти нарушения исчезают при использовании фильтров.

Другие проблемы вестибулярного аппарата у детей с аутизмом включают ощущение головокружения при конвергенции, особенно при чтении. В некоторых случаях эти проблемы устраняются с помощью фильтров.

Осязание, давление и температура

Аномалии осязания и восприятия давления могут иметь зрительный компонент при РАС. Например, если у ребенка с аутизмом перепутаны ощущения от сильного и легкого давления, он может испытывать дискомфорт даже от легкого прикосновения, такого как швы одежды или ножницы при стрижке. Стабилизация обработки зрительной информации может переключить нервные пути, что немедленно прекратит симптомы. Также может нарушаться восприятие веса, то есть то, как человек ощущает тяжесть.

Место и время прикосновения могут также отклоняться от правильных у многих аутистов, что может вызвать множество проблем у ребенка. Эти нарушения можно исправить с помощью управления зрительным стимулом, что снижает риск проблем, связанных с отсутствием осознания пространства.

Ощущение боли и восприятие давления

При расстройствах аутистического спектра (РАС) восприятие боли часто отличается от нормы. Аномальная реакция защитного механизма может поставить ребенка в опасность. Важным является решение этой проблемы. Оказалось, что изменение обработки зрительной информации может помочь нормализовать восприятие боли в большинстве случаев.

Проблемы с восприятием давления часто связаны с нарушениями восприятия температуры, такими как выбор одежды не по сезону или желание принимать слишком горячие или холодные ванны. Эти отклонения также можно стабилизировать путем управления зрительным стимулом, что приводит к немедленному улучшению.

Вкус и запах

Зрительный стимул может значительно влиять на восприятие вкуса и запаха, хотя механизм этого воздействия остается неясным. Изменения во вкусе, затрудняющие выбор продуктов питания, и сухость во рту могут указывать на нарушения в обработке зрительной информации. Использование цветных фильтров может изменить восприятие консистенции пищи, глотательные и рвотные рефлексы. Мы даже достигали успехов без фильтров, просто предложив людям есть зеленые овощи!

Синестезия

Синестезия, когда одно ощущение интерпретируется как другое, распространена при РАС, но редко распознается. Специалистам трудно понять, что является причиной, а что следствием. В некоторых случаях это особенно сложно при наличии множества перекрестных явлений. На наш взгляд, лучше всего попытаться устранить как можно больше проблем, возможно, одна из них нейтрализует причину нарушений. Хотя это неточный метод, в будущем можно ожидать более точных подходов.

Важно учитывать, что неправильный выбор зрительного стимула может спровоцировать нежелательные симптомы. Это может быть как результат нерешенной проблемы, так и следствие неправильного стимула. Специалистам предстоит столкнуться со значительными трудностями при решении этих сложных вопросов.

Проблемы зрения или обработки зрительной информации

Многие виды нарушений зрения являются прямым результатом проблем с обработкой зрительной информации. Эти проблемы могут проявляться в симптомах, похожих на рефракционные нарушения. Оптическая коррекция не решит проблему обработки информации и может привести к плохой переносимости и неэффективности очков.

Люди с нарушениями зрительной обработки могут иметь аномальные результаты на тестах Ишихара, но это может быть связано с эффектом вытеснения, а не с истинными проблемами цветового зрения.

Традиционные методы оценки остроты зрения не всегда позволяют определить, насколько хорошо человек обрабатывает зрительную информацию. Дети могут хорошо видеть последнюю строку таблицы, несмотря на серьезные проблемы обработки информации, и наоборот, при низком зрении могут быть незначительные проблемы обработки информации.

Поле зрения

Поле зрения у людей с РАС часто ограничено в верхней и нижней частях. Ограничение нижней части может создавать проблемы при перемещении, такие как столкновения с предметами, падения со ступенек или спотыкания о низкую мебель. Это может привести к неуверенному поведению из-за страха перед несчастными случаями или, наоборот, к пренебрежению опасностями. Последнее

особенно часто наблюдается у людей с высоким болевым порогом, что также встречается при РАС. Признаки проблем включают неуклюжесть, еду руками и трудности при езде на велосипеде.

При обучении потеря нижней части поля зрения может затруднять чтение или списывание с доски. Родители должны понимать, что наклон головы может быть реакцией на отсутствие нижней части поля зрения. Также могут возникнуть сложности при занятиях видами спорта, требующими зрительных навыков.

Бинокулярное зрение

Нарушения бинокулярного зрения распространены при РАС и встречаются почти у половины людей с аутизмом. Стандартные методы коррекции этих нарушений могут не быть оптимальными или даже целесообразными. Большинство проблем с бинокулярным зрением может исчезнуть после устранения нарушений обработки зрительной информации. Вопрос в том, что следует сначала исправить: стандартные методы восстановления бинокулярных функций или нарушение обработки зрительной информации. Обычно начинают с первого, но неизвестно, является ли это наилучшей практикой.

Вопросы для самоконтроля

1. В чем заключаются особенности речевых нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра?
2. Какие типы речевых нарушений наиболее часто встречаются при РАС?
3. Как развивается слуховой аппарат у детей с расстройствами аутистического спектра?
4. Какие психофизиологические нарушения и заболевания могут сопутствовать РАС?
5. Задание групповое:

Задание 1. В каких случаях можно говорить об эмоционально-волевых и поведенческих нарушениях?

Задание 2. Охарактеризуйте основные анатомо-физиологические нарушения при РАС.

Задание 3. В чем состоят основные трудности определения решения нарушения при РАС?

Задание 4. Дайте характеристику одну из нарушений при РАС (речь, зрение слух).

Темы Рефератов.

1. Полиморфность группы детей с расстройствами эмоционально-волевой и поведенческой сфер.
2. Общие сведения по различным подходам к выделению типов дизонтогенеза при РАС.
5. Структура и содержание асинхронного развития при РАС.

Тест для самопроверки

1. Какое из утверждений лучше всего описывает проблему диагностики аутизма у детей?
 - a) Нарушения слуха, речи и зрения усугубляют симптомы аутизма и затрудняют диагностику.
 - b) Основная проблема заключается в нехватке диагностических систем.
 - c) Диагностика затрудняется только из-за недостатка информации о патогенезе.
 - d) Сложности возникают из-за недостаточной работы логопедов.
 - e) Диагностика проблематична только в раннем возрасте.
2. Какое из перечисленных нарушений речи не упоминается в тексте как проявление при РАС?
 - a) Слова-штампы
 - b) Грамматические ошибки
 - c) Словарные дефекты
 - d) Мутизм
 - e) Нарушение просодики
3. Какой из следующих механизмов считается ведущим при аутизме согласно тексту?
 - a) Задержка развития
 - b) Депривация
 - c) Асинхрония
 - d) Неврологическая дисфункция
 - e) Генетическая предрасположенность
4. Какой тип речевого развития характеризуется искажением речевого развития на фоне распада психики?
 - a) Частичный регресс речи
 - b) Задержка речи с искажением
 - c) Глубокий распад "нормально" развивающейся речи
 - d) Нарушение коммуникативной функции при формально правильном речевом развитии
 - e) Первичный мутизм с органическим поражением ЦНС
5. Какая из характеристик не относится к типичным признакам для третьего типа нарушений речи у детей?
 - a) Аутизм проявляется в избегании общения с другими детьми
 - b) Речь восстанавливается к 57 годам
 - c) Ребёнок демонстрирует преобладание эхоталий и штампованных фраз
 - d) Нарушения произношения встречаются часто
 - e) Ребёнок проявляет повышенную активность и общительность
6. Что характерно для четвертого типа нарушений речи?
 - a) Нормальное развитие речи до 22,5 лет.
 - b) Значительная задержка и искажение речевых навыков.
 - c) Глубокий распад "нормально" развивающейся речи.

- d) Развивается коммуникативная функция речи.
 - e) Нарушения просодии речи, такие как брадилалия или тахилалия
7. Что из следующего является причиной, которая может привести к развитию расстройств аутистического спектра (РАС)?
- a) Проблемы с сердечнососудистой системой
 - b) Высокий уровень стресса в подростковом возрасте
 - c) Инфекции, такие как цитомегаловирусная инфекция
 - d) Генетические мутации
 - e) Неправильное питание в раннем возрасте
8. Какой из следующих факторов наиболее вероятно влияет на трудности с восприятием звуков у людей с аутизмом?
- a) Проблемы с моторикой
 - b) Негативное отношение к определенным видам звуков
 - c) Снижение концентрации внимания
 - d) Непереносимость к изменениям в окружающей среде
 - e) Снижение уровня слуха из-за возрастных изменений
9. Почему диагностика аутизма у глухих людей может быть затруднена?
- a) Отсутствие специалистов по неврологическим расстройствам
 - b) Множество симптомов глухоты могут напоминать симптомы аутизма
 - c) Ограниченный доступ к медицинским ресурсам
 - d) Невозможность проведения психометрических тестов
 - e) Проблемы с доступом к образовательным учреждениям
10. Что из следующего считается наиболее вероятной причиной задержки в развитии модели психического у глухих детей?
- a) Недостаток физической активности
 - b) Языковая депривация
 - c) Психологические травмы
 - d) Нехватка визуальных стимулов
 - e) Проблемы с адаптацией в образовательной среде

7.ЛЕКЦИЯ Структура базальной эмоциональной регуляции в норме и при патологии. Сравнительный анализ формирования соматосенсорных, практических и гностических функций.

7.1. Структура базальной эмоциональной регуляции в норме и при патологии.

У человека морфологические основы эмоциональной регуляции представлены как древними (подкорковыми), так и более новыми (лобными) структурами головного мозга. В эволюционном плане система эмоциональной

регуляции напоминает геологические слои, каждый из которых имеет свою структуру и функцию. Эти структуры взаимодействуют друг с другом, образуя иерархически усложняющуюся систему уровней. В своих базовых основах эмоции связаны с инстинктами и влечениями, а в самых простых формах могут функционировать по принципу безусловных рефлексов. Примитивный характер эмоционального реагирования в норме не всегда проявляется ярко. В патологии же видно, как элементарные эмоции могут влиять на поведение. В процессе нормального развития ранние формы аффективного реагирования интегрируются в более сложные формы. Важную роль в этом процессе играют память и речь. Память создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний, благодаря чему не только текущие события, но и прошлое (и на его основе будущее) начинают вызывать эмоциональные реакции. Речь, в свою очередь, помогает обозначать, дифференцировать и обобщать эмоциональные переживания, что делает их более осознанными и интеллектуализированными.

Как и любая система регуляции, эмоциональная регуляция включает афферентные и эфферентные компоненты. Афферентное звено системы связано как с внутренними процессами организма, так и с внешней средой. Оно получает информацию о общем состоянии организма (оценивании его как комфортного или дискомфортного) и физиологических потребностях. Помимо этой постоянной информации, в экстремальных и часто патологических ситуациях возникают реакции на сигналы, которые обычно не достигают уровня эмоциональной оценки. Эти сигналы, часто связанные с дисфункцией отдельных органов, вызывают состояния беспокойства, тревоги, страха и прочее. Что касается информации из внешней среды, то афферентное звено эмоциональной системы чувствительно к тем её аспектам, которые сигнализируют о возможности удовлетворения текущих потребностей, а также реагирует на любые изменения внешней среды, которые могут угрожать в настоящем или будущем. В контексте потенциальной опасности учитывается также информация, синтезируемая когнитивными системами, включая возможность изменений среды в сторону нестабильности, неопределенности и дефицита информации. Таким образом, когнитивная и эмоциональная системы совместно обеспечивают ориентацию в окружающем мире. Каждая из этих систем вносит свой уникальный вклад в решение этой задачи. В сравнении с когнитивной, эмоциональная информация менее структурирована. Эмоции служат стимулятором ассоциаций из различных, порой несвязанных областей опыта, что способствует быстрому обогащению исходной информации. Эмоциональная система представляет собой "быстро реагирующую" систему на важные с точки зрения потребностей изменения внешней среды. Параметры, на которые опираются когнитивная и эмоциональная системы при построении образа окружающего, часто не совпадают. Например, интонация, недружелюбное выражение глаз имеют большее значение для эмоциональной оценки, чем противоречащие этому высказывания. Интонация,

выражение лица, жесты и другие паралингвистические факторы могут оказаться более значимыми для принятия решения. Несовпадение когнитивных и эмоциональных оценок окружающего мира и высокая субъективность эмоциональных оценок создают условия для различных трансформаций и приписывания окружающим объектам новых значений, иногда даже ирреальных. В таких случаях эмоциональная система выполняет также защитные функции при чрезмерном давлении окружающей среды.

Эфферентное звено эмоциональной регуляции имеет ограниченный набор внешних форм активности: это различные виды выразительных движений (мимика, экспрессивные движения конечностей и тела), тембр и громкость голоса. Основное же участие эфферентного звена заключается в регуляции тонуса психической деятельности. Положительные эмоции повышают психическую активность, настраивая на решение задач. Отрицательные эмоции чаще всего уменьшают психический тонус, ведя к преимущественно пассивным способам защиты. Однако некоторые отрицательные эмоции, такие как гнев и ярость, могут активно усиливать защитные механизмы организма, включая повышение мышечного тонуса, артериального давления и вязкости крови. Важно, что вместе с регуляцией тонуса других психических процессов происходит тонизация отдельных звеньев самой эмоциональной системы. Это обеспечивает стабильность активности доминирующих эмоций. Активация одних эмоций может облегчать проявление других, не поддающихся в данный момент непосредственному воздействию. И наоборот, одни эмоции могут подавлять другие. Это явление активно используется в психотерапии: при столкновении различных по знаку эмоций ("эмоциональный контраст") увеличивается яркость положительных переживаний. Например, сочетание небольшого страха с чувством безопасности используется в детских играх (например, подбрасывание ребенка взрослым, катание с гор, прыжки с высоты). Такие "качели" не только активизируют эмоциональную сферу, но и служат своего рода "закаливанием" эмоций.

Потребность организма в поддержании активных (стенических) состояний удовлетворяется постоянным эмоциональным тонизированием. Поэтому в процессе психического развития разрабатываются и совершенствуются различные психотехнические средства для преобладания стенических эмоций над астеническими. В норме существует баланс между тонизированием внешней средой и аутостимуляцией. Когда внешняя среда бедна или однообразна, роль аутостимуляции возрастает, и наоборот, ее значение уменьшается в условиях разнообразия внешних эмоциональных стимулов. Одним из сложных вопросов психотерапии является выбор оптимального уровня тонизирования, при котором эмоциональные реакции протекали бы в заданном направлении. Слабая стимуляция может быть неэффективной, а чрезмерная может негативно изменить ход эмоционального процесса. Особенно это важно в патологии, где наблюдаются

первичные нарушения нейродинамики. Явления гипо- и гипердинамии могут дезорганизовать эмоциональную регуляцию, лишая её устойчивости и избирательности. Нарушения нейродинамики, как правило, отражаются на настроении, которое служит фоном для проявления отдельных эмоций. При пониженном настроении преобладают астенические эмоции, а при патологически повышенном – стенические. Также важен уровень нарушения, который определяет качество патологического процесса. При гипердинамии патологические эмоции имеют стенический характер (бурная радость, гнев, ярость и т.д.). В крайних случаях гипердинамии может возникнуть состояние, при котором энергия "отнимается" у других психических систем. Это может наблюдаться при кратковременных, но очень сильных эмоциях, сопровождающихся сужением сознания и нарушением ориентации. В патологии такие нарушения могут иметь и более длительный характер. Слабость (гиподинамия) нейродинамического процесса в первую очередь проявляется на корковом уровне в виде эмоциональной лабильности и быстрой пресыщаемости. В более тяжелых случаях нарушения могут перейти с высших на базальные центры, которые не могут поддерживать необходимый уровень энергии. В таких случаях на угрозу витальным константам организма эмоциональная система отвечает тревогой и страхом. Кризисные явления наблюдаются при различных патологиях, особенно часто при длительной психогенной травматизации [77].

7.2. Уровни базальной системы эмоциональной регуляции

Взаимодействие человека с окружающим миром и реализация его потребностей могут осуществляться на различных уровнях активности и глубины аффективного контакта с окружающей средой. Эти уровни зависят от сложности поведенческой задачи, стоящей перед субъектом, и требуют разной степени дифференциации аффективной ориентировки и разработки механизмов регуляции поведения [78]:

1. Уровень полевой реактивности

Этот уровень аффективной организации, вероятно, изначально связан с наиболее примитивными и пассивными формами психической адаптации. Самостоятельно он может проявляться лишь при тяжелых психических расстройствах, но его значение как фонового уровня важно и при нормальном развитии.

2. Уровень стереотипов

Второй уровень аффективной организации представляет собой следующий этап углубления аффективного контакта с окружающей средой, где формируются новые аффективные реакции. Этот уровень играет ключевую роль в регуляции поведения ребенка в первые месяцы жизни, когда происходит освоение адаптивных реакций — пищевых, оборонительных, а также установление физического контакта с матерью. В дальнейшем этот уровень становится важным

фоновым компонентом сложных форм адаптации, определяя полноту и разнообразие чувственного опыта человека.

3. Уровень экспансии

На третьем уровне аффективной организации поведения происходит следующий этап развития эмоционального контакта с окружающей средой. Механизмы этого уровня начинают осваиваться ребенком примерно во втором полугодии жизни, что позволяет ему активно исследовать и осваивать окружающий мир. Этот уровень продолжает играть важную роль и в дальнейшем, обеспечивая активную адаптацию в нестабильных ситуациях, когда аффективные стереотипы поведения становятся недостаточными.

4. Уровень эмоционального контроля

Четвертый уровень базальной регуляции представляет собой новый шаг в углублении и активизации взаимодействия с окружающим миром. Этот уровень отвечает за решение сложных этологических задач, связанных с организацией жизни индивида в сообществе. Особенно это проявляется в поведении, связанном с выхаживанием, воспитанием и обучением детей.

7.3 Уровневый подход к патологии эмоциональной системы

Информация о многоуровневой структуре базальных эмоциональных процессов, закономерностях их развития и взаимодействия между уровнями может существенно помочь в практической психологической диагностике нарушений аффективного развития. Эти данные могут способствовать более точному выявлению симптомов первичных дефицитарных состояний аффективного развития, недостаточности определенных уровней базальной сферы, а также в выявлении типов нарушений эмоционального развития, формирующихся на основе этих патологий.

Предполагается, что можно выделить два основных типа нарушений базальной эмоциональной системы, возникающих в результате ослабления или усиления функционирования отдельных уровней (гипо- или гипердинамия). С увеличением нарушений динамики аффективного тонуса патология может развиваться от легких форм дисфункции эмоциональной сферы до серьезных повреждений ее структуры и механизмов на отдельных уровнях. Уровень, находящийся в состоянии гипо- или гипердинамии, может нарушить координационные процессы, а в самых тяжелых случаях переработать их таким образом, что другие уровни теряют свою самостоятельную значимость и начинают поддерживать дефектный уровень[79].

Выделенные типы нарушений в какой-то степени условны, и в реальности эмоциональная патология редко определяется нарушением только одного уровня. Обычно она определяется сложным сочетанием гипо- и гипердинамии разных уровней, что создает бесчисленные индивидуальные варианты нарушений. Тем не менее, понимание особенностей каждого конкретного случая возможно при

знании вклада гипо- и гипердинамики каждого уровня в изменение всей системы межуровневых отношений.

7.4. Функциональные расстройства эмоциональной регуляции

Рассмотрим следующие функциональные расстройства эмоциональной регуляции [80]:

А. Явления гиперфункции отдельных уровней

1. Гиперфункция первого уровня

Увеличение тонуса на первом уровне ведет к усилению удовольствия от восприятия впечатлений и увеличению выносливости в их восприятии. Это создает оптимальные условия для более интенсивного положительного подкрепления механизмов данного уровня и способствует их развитию. Усиление первого уровня может также повлиять на развитие всей базальной системы, формируя индивидуальные особенности аффективного контакта со средой или способствуя формированию акцентуированной личности. В более серьезных случаях это может привести к нарушению межуровневых отношений и даже к разрушению общей структуры системы.

2. Гиперфункция второго уровня

Гиперфункция второго уровня приводит к увеличению активности в удовлетворении физических потребностей и расширяет диапазон сенсорных впечатлений, которые кажутся приятными. Это позволяет человеку активно и разнообразно взаимодействовать с окружающим миром и разрабатывать сложную систему индивидуальных привычек, регулирующих сенсорное взаимодействие со средой и поддерживающих тонус аффективной сферы. Тем не менее, преобладание второго уровня может сделать человека чрезмерно зависимым от сенсорных впечатлений и привычных отношений.

3. Гиперфункция третьего уровня

Гиперфункция третьего уровня вызывает высокую активность в исследовании окружающего мира, преодолении преград и стремлении к цели. Этот уровень создает ощущение силы, расширяет границы доступного и позволяет легко принимать риски, принимать решения и экспериментировать. Однако это также может привести к переоценке собственных возможностей и возникновению трудных ситуаций.

4. Гиперфункция четвертого уровня

Увеличение активности на четвертом уровне приводит к усилению потребности в эмоциональных контактах с другими людьми. Это расширяет диапазон приятных взаимодействий и позволяет получать значительное удовольствие от общения. Такое состояние создает особенно благоприятные условия для развития различных форм эмоционального общения, облегчает их реализацию и усвоение правил контакта.

Б. Явления гиподинамии отдельных уровней

1. Гипофункция первого уровня

Недостаток тонуса на первом уровне может проявляться как индивидуальная особенность, однако, если впечатления становятся значимо неприятными, это может указывать на патологическую слабость уровня. Пониженный порог аффективного дискомфорта может привести к неадекватной оценке безопасности и постоянному дискомфорту, даже в благоприятных условиях. Это может вызывать дезавтоматизацию механизмов, ответственных за вывод субъекта из опасных ситуаций, и повлиять на развитие других уровней. На втором уровне это может привести к излишней ранимости и сверхосторожности, на третьем – к переоценке интенсивности воздействия и неуверенности, на четвертом – к повышенной чувствительности в эмоциональном общении и необходимости увеличения дистанции в контактах.

2. Гипофункция второго уровня

При гипофункции второго уровня наблюдается повышенная чувствительность к качеству сенсорных впечатлений, что может привести к чрезмерной избирательности и трудностям в адаптации. Чрезмерная точность в оценке качества впечатлений может сделать человека слишком требовательным и затруднить его аффективную адаптацию.

3. Гипофункция третьего уровня

Гипофункция третьего уровня характеризуется снижением активности в исследовании мира, потерей чувства игры и радости победы, а также усилением дискомфорта в нестабильных и неопределенных ситуациях. Это может вызвать неуверенность в собственных силах, усиление негативного восприятия неудач и создание преимущественно отрицательного опыта взаимодействия с окружающей средой. В результате может происходить дезавтоматизация первичной активности и склонность к осторожной оценке ситуаций, даже если преодоление преграды возможно.

4. Гипофункция четвертого уровня

Гипофункция четвертого уровня проявляется в уменьшении активности в общении и повышенной чувствительности к качеству эмоционального контакта. Граница между приятным и неприятным смещается в сторону неприятного, что может приводить к оценке части "средних" впечатлений как неприятных. Отрицательные переживания становятся более стойкими, что увеличивает вероятность возникновения дискомфорта в общении и способствует формированию тенденции к ограничению контактов с людьми.

7.5. Повреждение механизмов эмоциональной регуляции (на модели раннего детского аутизма)

Ранее рассматривались нарушения в эмоциональной сфере, возникающие из-за дисфункции и трудностей взаимодействия различных уровней. Механизмы этих уровней при этом сохранялись относительно целыми.

Одним из наиболее серьезных видов эмоциональной патологии, связанной с нарушением механизмов аффективной адаптации и недоразвитием эмоциональной структуры, является синдром раннего детского аутизма (РДА).

Клинические признаки этого синдрома включают: во-первых, крайнее одиночество ребенка и нарушение его эмоциональной связи даже с близкими; во-вторых, ярко выраженная стереотипность в поведении, проявляющаяся как в консерватизме отношений к окружающему миру, страхе перед изменениями, так и в обилии однотипных аффективных действий (стереотипные движения, манипуляции с одними и теми же объектами), влечений и интересов; в-третьих, особое речевое и интеллектуальное недоразвитие, которое, как правило, не связано с первичной недостаточностью этих функций.

Эти патологические особенности проявляются очень рано. Патопсихологическое исследование выявило особый тип психического дизонтогенеза, основанный на дефицитности аффективного тонуса, препятствующей формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выражающуюся в снижении аффективного дискомфорта и доминировании отрицательных переживаний, таких как тревога и страх.

Аффективный дискомфорт и нарушение развития аффективных механизмов взаимодействия приводят к формированию аутистических тенденций, стремлению ограничивать и упрощать контакты. Эти тенденции особенно проявляются в отношениях с людьми, которые для ребенка обычно являются сильными раздражителями и требуют сложных эмоциональных контактов. Это делает поведение ребенка аутистичным и стереотипным.

Нарушение аффективного взаимодействия с окружающими ведет к развитию гиперкомпенсаторных механизмов, которые помогают ребенку уменьшить ощущение аффективного дискомфорта. Ребенок разрабатывает способы аутостимуляции стенических аффективных состояний. Стремление к постоянному воспроизведению одних и тех же стереотипных действий, вызывающих приятные ощущения, усугубляет его однообразное поведение. Эти гиперкомпенсаторные действия нарушают баланс аффективной сферы, временно облегчая состояние ребенка, но усиливая общую дезадаптацию.

Такое тяжелое нарушение аффективного развития приводит к искажению интеллектуального и речевого развития ребенка. Нарушение аффективной избирательности затрудняет развитие внимания и высших произвольных форм. Недоразвитие аффективных механизмов сосредоточения становится преградой для развития высших психических функций. Даже при высоких предпосылках интеллектуального развития, аутичный ребенок не может когнитивно осваивать среду и сосредоточивается на аффективном освоении впечатлений для аутостимуляции. Он осваивает способы получения стереотипных моторных, сенсорных и речевых впечатлений.

Проявления психической дефицитарности у таких детей могут быть очень разнообразными и даже полярными. Их дезадаптация варьируется по глубине и характеру, включая страх, отрешенность, безразличие или сверхпривязанность, а также агрессивность. Характерны как полная невозможность сосредоточения, так и поглощенность аффективными влечениями. Ребенок может сосредоточиваться на простых аффективных ощущениях или развивать сложные интеллектуальные интересы, быть молчаливым или развивать сложные речевые формы и способности к словотворчеству.

Уровневый подход помогает выявить некоторые закономерности в этом разнообразии. Тяжелое снижение психического тонуса и постоянный аффективный дискомфорт мешают эмоциональному развитию таких детей. Все они сталкиваются с трудностями в углублении взаимодействия с миром и формировании сложных аффективных механизмов. Тем не менее, развитие базальной аффективной регуляции может остановиться на разных уровнях в зависимости от степени недоразвивания уровневой структуры.

В нормальном онтогенезе развитие уровневых механизмов характеризуется гетерохронным процессом. Сначала формируются аффективные уровни, которые адаптируют индивида к стабильным условиям (второй и четвертый уровни). Затем к ним присоединяются уровни, адаптирующие к изменяющейся среде (первый и третий уровни). В условиях патологии, уровень с выраженной гипофункцией может нарушить естественное развитие.

Например, тяжелая гипофункция второго уровня может привести к болезненной избирательности в сенсорных контактах и чрезмерной зависимости от их качества, что нарушает эмоциональное развитие на раннем этапе. Для такого ребенка задача обеспечения аффективного контроля за сенсорным контактом становится чрезмерно актуальной, что создаёт напряженность и склонность к ограничению и стереотипизации взаимодействий. Эти условия мешают нормальному развитию на этапе совершенствования адаптации к стабильным условиям жизни и препятствуют созреванию механизмов четвертого уровня, из-за чего ребенок не выделяет эмоциональные реакции близких как важные сигналы и не видит мир через призму взрослых. Поведение ребенка остаётся под контролем дефицитарного второго уровня.

Также, дефицитарность четвертого уровня может нарушить развитие ребенка позднее. Тяжелая гипофункция четвертого уровня создаёт трудности для включения механизмов первого и третьего уровней, отвечающих за адаптацию к изменчивым условиям. В результате, сверхизбирательность и большая эмоциональная зависимость не позволяют ребенку развить гибкость и способность к самостоятельному преодолению трудностей, что ведет к доминированию дефицитарного четвертого уровня в поведении.

Если в эмоциональной регуляции доминирует дефицитарный первый уровень, последствия могут быть катастрофическими. В норме, период включения

первого и третьего уровней в адаптацию к нестабильным условиям является кризисным. При тяжелой гипофункции первого уровня этот процесс может разрушить уже сформировавшуюся систему второго и четвертого уровней, что делает адаптацию к интенсивной среде критически важной и приводит к зависимости от примитивных механизмов первого уровня. В этом случае происходит потеря избирательности в отношениях к окружающему [81].

Нарушение структуры базальной аффективной организации может также возникнуть при включении дефицитарного третьего уровня в аффективную регуляцию. В этом случае задачи преодоления страха и негативных впечатлений становятся основными, разрушая механизмы четвертого уровня и делая третий уровень главенствующим в аффективной адаптации.

По этой причине можно выделить четыре типичные группы раннего детского аутизма, где аффективная адаптация будет определяться механизмами одного из четырех уровней, с ведущим уровнем в состоянии тяжелой дефицитарности. Степень и характер дезадаптации зависят от уровня, который определяет взаимодействие ребенка с окружающим миром [82].

1. Рассмотрим первый тип нарушения аффективного развития (1-я группа РДА), который проявляется преобладанием дефицитарных механизмов первого уровня аффективной организации. В таких случаях наблюдается характерное поведение — движение в пространстве без активного взаимодействия с окружающим миром. Ребенок может тянуться к предметам, но быстро теряет интерес, его рука опускается, взгляд отвлекается, и он уходит. Ребенок кажется как бы "запертым" в своем состоянии, отгороженным от внешнего мира из-за патологического пресыщения и неспособным использовать даже имеющиеся потенциалы психического развития. У него отсутствует избирательное отношение к окружающей среде. Он не проявляет простейшие формы целенаправленного воздействия на мир (моторные или речевые) и демонстрирует пассивность.

Отсутствие избирательности в отношении окружающего мира сочетается с недостаточной аффективной дифференциацией и слабым восприятием внутренних соматических ощущений. Такие дети обычно не проявляют удовольствия, слабо реагируют на боль, голод или холод. Их лицо часто выглядит нейтральным, как будто у них "лицо принца". Сильное внешнее воздействие может вызвать кратковременную реакцию, такую как гримаса или вскрик, но они быстро возвращаются в состояние покоя, когда находятся в своей комфортной зоне.

Эти дети ограничиваются только задачами аффективной адаптации первого уровня. Они избегают активных контактов и стремятся к самой безопасной и комфортной позиции. Они не подойдут к источникам ярких впечатлений, точно оценивают расстояния для прыжков, грациозно перемещаются, находят оптимальные точки опоры для лазанья и легко вписываются в узкие пространства. Обычно такие дети падают удачно и редко травмируются. Их активность

определяется через движение в пространстве и наблюдение за окружающим. Зрительные и вестибулярные впечатления имеют для них особое значение. Они могут долго сидеть у окна, наблюдая за изменениями на улице, и часто занимаются балансировкой на стульях, прыгают с одного предмета на другой, лазают по мебели и перемещаются из угла в угол. Иногда они позволяют взрослым подбрасывать себя или крутить, но не вступают в эмоциональный контакт.

Таким образом, благодаря мгновенно активируемому защитному механизму пресыщения и аффективной стимуляции от ощущений равновесия и покоя, эти дети защищают себя от обычных, но непривычных для них внешних воздействий и поддерживают внутреннее состояние комфорта. Тем не менее, это приводит к полной утрате возможности активного взаимодействия со средой и людьми.

2. Следующий по тяжести вариант нарушения психического развития при РДА (2-я группа) характеризуется преобладанием дефицитарного второго уровня в аффективной организации.

В этом случае ребенок более активен. Он устанавливает примитивный избирательный контакт с окружающей средой, что позволяет ему обеспечивать безопасность и удовлетворение базовых физических потребностей. Эти дети уже способны оценивать как внешние воздействия, так и внутренние соматические ощущения, переживать удовольствие и страх, а также проявлять реакции, такие как улыбка, слезы от боли и крик от голода. Эти переживания становятся заметными по сравнению с детьми, остающимися на первом уровне аффективной адаптации.

Дети этой группы аффективно выделяют сигнальные впечатления и реагируют на них стереотипными поведенческими реакциями защиты или удовлетворения потребностей. Их поведение состоит из ограниченного набора стереотипных двигательных и речевых реакций, которые адекватны только определенным, повторяющимся условиям существования. Такие дети не могут адаптироваться к неожиданным изменениям: вместо любопытства они испытывают страх и реагируют агрессией на любое нарушение привычного порядка. Они могут быть сверхизбирательными в питании, и любое изменение, такое как изменение маршрута прогулки, перестановка мебели или переезд, воспринимается ими как катастрофа.

Неспособность адекватно решать задачи аффективной адаптации к изменчивому миру приводит к стремлению ребенка изолировать себя от этих изменений, что формирует аутистический барьер. Неприятные внешние воздействия глушатся аутостимуляцией приятными сенсорными ощущениями и впечатлениями.

Поскольку мир этого аутичного ребенка очень ограничен, гиперкомпенсаторные впечатления, которые поддерживают стабильность внутренних аффективных процессов и защищают от ужасных ощущений, получают стереотипными способами, в основном через самораздражение.

Раздражение органов чувств может происходить через надавливание на глазное яблоко, мелькание объектов, движение, или создание простых орнаментов для зрения. Для слуха это может быть надавливание, шуршание бумаги, разрывание, скрип, повторяющиеся звуки или песни. Вестибулярный анализатор раздражается прыжками, раскачиванием, застыванием в необычных позах, например, вниз головой. Характерно также активное воспроизведение специфических мышечных и проприоцептивных ощущений, таких как напряжение отдельных мышц, сгибание напряженных суставов, и прыжки на напряженных ногах.

Постоянная аутостимуляция, обеспечивающая аффективный комфорт и защищающая от внешних травмирующих воздействий, позволяет таким детям решать задачи аффективной адаптации в ограниченных рамках второго уровня. В отличие от детей первой группы, они могут развивать простейшие стереотипные реакции на окружающую среду и бытовые навыки, а также однотипные речевые штампы-команды. Они могут вступать в аффективный контакт на примитивном уровне, устанавливая тесную симбиотическую связь с матерью, чье постоянное присутствие является обязательным. Однако более сложные эмоциональные переживания остаются недоступными, и выход за пределы жестко стереотипных условий жизни невозможен.

3. При следующем варианте повреждения базальной аффективной сферы у детей с РДА (3-я группа) ключевым становится дефицитарный третий уровень.

Здесь адаптация аутичного ребенка к окружающему миру определяется использованием дефицитарного третьего уровня, который сосредоточен на преодолении страха перед внешней средой. В этом случае применяется механизм "качелей", цель которого — преобразование отрицательных аффектов в положительные. В нормальных условиях механизм "качелей" помогает нейтрализовать отрицательные впечатления. Каждый новый опыт страха и последующее избавление от него позволяют здоровому ребенку лучше освоить ситуацию и уменьшить ее неожиданность. Это приводит к тому, что избавление становится привычным, что снижает интенсивность переживания удовольствия, и механизм "качелей" останавливается. Однако это возможно только при устойчивой положительной оценке ситуации.

Когда отрицательное переживание слишком сильно и чувство безопасности отсутствует, как это часто бывает у аутичных детей, потребность в разрешении страха остается. В результате происходит бесконечное повторение одного и того же аффективного действия. Механизм "качелей" начинает деградировать до уровня аффективного самораздражения, характерного для второго уровня, и становится ловушкой, где ребенок может годами искать разрешение своего страха без успеха. Дети могут пытаться компенсировать слабость "качелей" количественно, вновь стремясь к повторению ситуации, вызывающей страх.

Дети с Рас, испытывающие страх или отвращение, начинают проявлять интерес к страшному, грязному или неприятному, часто к тем объектам, которые

ранее вызывали их страх. Характерна стереотипность этих влечений — постоянный поиск тех же самых впечатлений на протяжении многих лет, что придает поведенческому паттерну ребенка характер одержимости. Таким образом, формируются специфические формы аутизма, связанного с захваченностью страшными и непонятными для других впечатлениями, часто агрессивного характера.

Дети с Рас ограничены в возможности аффективного контакта с окружающим миром. Они взаимодействуют с ним исключительно в рамках своих влечений, оценивая ситуацию только с точки зрения достижения цели и игнорируя последствия своих поступков. Их поведение, как моторное, так и речевое, представляет собой аффективный монолог. Эти дети могут выражать свои побуждения через развернутую аффективную речь, но не способны к полноценному диалогу.

4. При рассмотрении наименее тяжелого варианта повреждения развития эмоциональной сферы у детей с РДА (4-я группа), дефицитный четвертый уровень становится доминирующим в организации аффективной сферы и не позволяет нижележащим уровням регуляции включаться в поведение ребенка.

Высокая ранимость аутичного ребенка и снижение его активности в контактах с окружающим способствуют формированию патологической зависимости от близких, особенно от матери, с которой такие дети обычно находятся в теснейшей эмоциональной связи. Аффективный контакт с внешним миром может происходить только через близких людей, что создает большие трудности в взаимодействии с окружающими. Такие дети, например, труднее усваивают новые образцы поведения и стремятся к стереотипному использованию уже усвоенных форм. Они ригидны, педантичны в привычках и склонны к закреплению ритуалов в поведении.

Кроме того, для детей этой группы характерна задержка речевого, моторного и интеллектуального развития. Их движения могут быть неловкими и машинообразными, речь — аграмматичной и замедленной. Мимика, жестикация и интонация также могут быть несколько утрированными и скандированными. Даже при наличии хороших предпосылок интеллектуальное развитие часто задерживается. Характерно ограничение восприятия смысла событий той ситуацией, в которой ребенок уже с ним столкнулся, и сопротивление осознанию новых аспектов. Слово в этом случае используется как ярлык, определяющий единственный ситуативный смысл. Такие дети плохо ориентируются в отношениях между людьми, воспринимают все буквально, не чувствуя подтекста, хотя при объяснении оказывается, что они могут понимать более глубокие аспекты.

Это может привести к возникновению у близких устойчивой отрицательной оценки ребенка, что разрушает единственные доступные для него пути аффективной адаптации и способствует формированию вторичной аутизации.

Дефицитарность четвертого уровня нарушает развитие низших аффективных механизмов. Ригидные, стереотипные правила контакта с окружающим миром и необходимость посредничества других людей затрудняют развитие самостоятельной адаптации и формирование аффективно тонизирующих приемов низших уровней. Это еще больше усугубляет нарушения работы четвертого уровня.

Таким образом, рассмотренные четыре группы РДА показывают разные уровни повреждения аффективной организации и их влияние на поведение ребенка. Эти четыре варианта легли в основу психологической классификации раннего детского аутизма. Они различаются не только по степени аффективной дезадаптации, но и по типу поведения и характеру используемых механизмов гиперкомпенсации. Тип аффективной адаптации определяется высшим из сформированных уровней базальной организации.

Однако указанные варианты РДА не являются застывшими формами дефицитарности аффективной сферы. Возможен переход от одного варианта к другому, когда в поведении ребенка начинают преобладать механизмы соседнего уровня. Это может быть как отрицательная динамика, когда происходит регресс на более низкий уровень аффективной адаптации, так и положительная динамика, когда ребенок осваивает и активно использует аффективные механизмы более сложного уровня. Признаки регресса аффективного развития можно диагностировать, когда уровень аффективной адаптации меняется на более низкий, с потерей аффективного смысла поведения высшего уровня и неконтролируемым поведением более низших уровней. Позитивная динамика возможна при эффективных коррекционных воздействиях, когда стимуляция новым уровнем аффективных впечатлений помогает ребенку перейти на новый уровень активности и адаптации [83].

Обобщая, можно сказать, что динамическое состояние уровня базальной аффективной организации влияет на развитие всей аффективной регуляции. Нарушения одного уровня могут вызывать напряженность и перегрузку всех остальных уровней, что нарушает смысловую сторону эмоциональной регуляции и может способствовать недоразвитию эмоциональной системы. В большинстве случаев наблюдаются различные комбинации гипо- и гиперфункций уровней, что создает богатую типологию эмоциональных нарушений.

7.6. Сравнительный анализ формирования соматосенсорных, праксических и гностических функций.

Ученые выделяют опорные месяцы нейроонтогенеза в норме и при РАС[84]

Таблица 2. Нейроонтогенез соматосенсорной системы

месяцы	Физиологическое развитие	РАС
3 мес.	Поворачивает голову к источнику звука. Взгляд внимательный, фиксирует взгляд с расстояния 20-25см. Следит за объектом несколько секунд.	Отвержение слухового восприятия, отсутствие готовности к прислушиванию. Взгляд «в себя» «в никуда». Отсутствует фиксация на лице человека. Негативизм к тактильному контакту особенно при переодевании.
4-5 мес.	Прослеживает взгляд взрослого. Прослеживает объект на расстоянии до 1 м по дуге 180°	Не устанавливает зрительный контакт на лице человека. Не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения. У некоторых - гиперсенситивность к отдельным 1 звукам.
6 мес.	Локализует звук справа и слева, реагирует на источник звука, находящийся под углом 45°. Поворачивает голову в сторону источника звука.	Зрительная и слуховая сензитивность. Некоторые любят находиться в темноте, не испытывая дискомфорта. Не дифференцируют мать
12 мес	Поворачивается, когда слышит собственное имя. Дифференцирует тон голоса. Подбирает пару предмету	Фиксирует взгляд на отдельных объектах со спокойной монотонной динамикой (текущая вода, сыплющийся песок). Глазной контакт не устанавливает или устанавливает формально «взгляд сквозь»
18 мес.	Различает мелкие детали на картинках.	Контакт «глаза в глаза» малодоступен. Многие не любят яркого света. У части детей - явное предпочтение использования периферического зрения
24 мес.	Дети узнают себя и близких на фотографии. Легко отвлекаются на новый предмет	Дети не узнают на фотографиях близких и себя. Нет совместного внимания (трудно привлечь внимание к определённом объекту, сам к интересующим его объектам привлечь внимание других не стремится).
36 мес.	Переживают музыкальные произведения. Поет песенки Совершает музыкально-ритмичные движения под музыку. Используют сенсорный опыт в опознании изображений предметов и явлений Формируется тактильный образ тела, правая/левая ориентация	Избирательное отношение к музыкальным произведениям, отстраняется закрывает уши, замуривает глаза, требует постоянного повтора-стереотипность выбора. Пространственная ориентация носит ограниченный характер как правило выбирают определенный участок пространства ,в котором совершают специфичные движения тела. Фиксируют зрительный объект, но не дифференцируют относительно душевленности/неодушевленности

Таблица 3. Формирование функций праксиса и гнозиса.

Месяцы	Физиологическое развитие	РАС
3 мес.	Хватает игрушку рукой	Расщеплённый захват большим и указательным пальцами. Нередко волос матери с кручением их, напоминающих кручение пряжи. В кистях рук, в трёх крайних пальцах периодически появляются волнообразные движения, напоминающие атетозные.
4-5 мес.	Активно манипулирует с игрушкой	Нет попытки взять игрушку или предмет и манипулировать этим
6 мес.	Разнообразный активный лепет (переднеязычные и заднеязычные)	У многих нет гуления. Голосовые реакции(крик) без включения артикуляционного аппарата.
7,5 мес.	Синхронное ползание по – пластунский. Появляются двойные звуковые сочетания типа «ба –ба»	Часто раскачиваются на локтях и коленях, многие не ползают. Движения стереотипны и лишены элементов целенаправленности.
8-8,5 мес.	Для захвата использует большой палец. Начинает целенаправленно манипулировать пирамидкой из 2-3 колец.	Не может ухватить игрушку. Если вложить игрушку в руку, целенаправленных манипуляций не осуществляет.
10 мес.	Пользуется указательным жестом. Самостоятельно встает. Называет действия и предметы слогами	Мышечный тонус чаще снижен, реже изменен по гипертоническому или дистоническому типу. Самостоятельно не встает. Совершает движения только при стимуляции. Часто проявляет негативную реакцию.
12 мес.	Самостоятельно ходит. Говорит короткие слова (мама, да-да)	Ходит, держась за руку взрослого, долго не переходит к самостоятельной ходьбе. Походка порывистая, некоординированная, часто на цыпочках. Не указывает пальцем на интересующий объект. Мутизм, отдельные слова номинативного характера, не связанные с предметом.
15-18 мес.	Снимает и одевает простые предметы одежды (шапка, варежки). Рисует «каракули». Зачерпывает еду ложкой	Более выраженные стереотипии (серии прыжков, вертится вокруг своей оси). Совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью. Двигательные стереотипии носят вычурный характер: постукивания 2мя первыми пальцами, 3 остальных прижаты к ладони. Мутизм, отдельные слова , эхолалии, слова-штампы

Продолжение таблицы 3

20-24 мес.	Двухсловные предложения. Строит простые сооружения из кубиков. Активно пользуется жестами. Формируется предпочтения руки. Бегают	В произвольных движениях неуклюжесть. Много стереотипных манипуляций с предметами: постукивание, верчение, переключивание. Регресс в речевом развитии, слова-штампы, фразы-штампы, редко «нормально развитая» некоммуникативная взрослая речь.
2 года 6 мес. - 3 года	Правильно держит карандаш. Узнает контурные изображения. Дорисовывает недостающие ручки, ножки к человечку. Копирует круг. Активно развита мимическая и артикуляционная мускулатура	В речи эхолалия. Недостаточное использование жестов и отсутствие интонаций. Стереотипность речи. Однообразные игры – стереотипные манипуляции с неигровым материалом. Игрушки используются не по назначению. Могут часами однообразно вертеть предметы, переключивать, переливать жидкость из 1й посуды в др.
4 года – 5 лет	Умеет делать кувырок вперед. Прыгает на одной ноге. Копирует квадрат, рисует. Пользуется ножницами. Использует определение пространства в речи (на, под, за). Складывает картинки из кубиков. Застегивает пуговицы, одевается без посторонней помощи. Выполняет одновременно два вида движений. Рисует фигуры (круг, квадрат, треугольник), человека в одежде, сюжетные рисунки. Самостоятельно завязывает шнурки на ботинках	Обращаются не для общения, а для получения желаемого предмета. При значимой для ребенка ситуации – может произнести короткую фразу. Нарушения кататонической природы: эхолалии, мутизм, скандирование, растянутое или ускоренное звукопроизношение, нарушение тональности, темпа, тембра речи. Двигательные стереотипные бесцельные активности (бег из одного угла комнаты в другой). Говорят невнятно, скомкано. Копировать геометрические формы НЕ могут, но ориентируются в коробке форм (могут соотносить геометрическую фигуру с контуром), выкладывает геометрическое лото.

Вопросы для самоконтроля

1. Какова структура базальной эмоциональной регуляции в норме и при патологии?
2. Какие уровни включает базальная система эмоциональной регуляции?
3. В чем суть уровня подхода к патологии эмоциональной сферы?
4. Какие функциональные нарушения эмоциональной регуляции характерны для детей с РАС?
5. Какие механизмы эмоциональной регуляции нарушаются при раннем детском аутизме?
6. Сравните формирование соматосенсорных, праксических и гностических функций у детей с РАС и типично развивающихся детей.

Темы Рефератов.

1. Страхи и пристрастия детей с РДА.
2. Интересы и влечения детей с РДА.
3. Развитие речи у детей разной группы РДА.

Тест для самопроверки

1. Какие структуры головного мозга участвуют в эмоциональной регуляции?
 - a) Только подкорковые
 - b) Только лобные
 - c) Только средний мозг
 - d) Подкорковые и лобные
2. Что играет ключевую роль в интеграции ранних форм аффективного реагирования в более сложные?
 - a) Инстинкты
 - b) Подкорковые структуры
 - c) Безусловные рефлексы
 - d) Память и речь
3. Какую функцию выполняет афферентное звено эмоциональной регуляции?
 - a) Регулирует тонус психической деятельности
 - b) Обеспечивает только когнитивную оценку эмоций
 - c) Управляет выразительными движениями
 - d) Получает информацию о состоянии организма и внешней среды
4. Как эмоциональная система реагирует на экстремальные ситуации?
 - a) Игнорирует сигналы опасности
 - b) Подавляет инстинктивные реакции
 - c) Усиливает только положительные эмоции
 - d) Вызывает беспокойство, тревогу и страх
5. Чем отличается эмоциональная информация от когнитивной?
 - a) Более детализирована
 - b) Всегда объективна
 - c) Основана только на логических выводах
 - d) Менее структурирована
6. Какую функцию выполняет эфферентное звено эмоциональной регуляции?
 - a) Передает сигналы в кору мозга
 - b) Контролирует физиологические потребности
 - c) Управляет только речевыми реакциями
 - d) Участвует в регуляции психической активности и выразительных движений
7. Какое состояние может возникнуть при гипердинамией?
 - a) Полная апатия
 - b) Замедление когнитивных процессов

- c) Утрата памяти
 - d) Бурная радость, гнев, ярость
8. Какой уровень базальной системы эмоциональной регуляции связан с формированием аффективных стереотипов?
- a) Полевая реактивность
 - b) Уровень экспансии
 - c) Уровень эмоционального контроля
 - d) Уровень стереотипов
9. Каким последствиям может привести гипофункция четвертого уровня эмоциональной регуляции?
- a) Повышение игровой активности
 - b) Ускоренное принятие решений
 - c) Усиление положительных эмоций
 - d) Снижение активности в общении и тенденция к ограничению контактов
10. Какое из утверждений верно в контексте эмоциональной регуляции?
- a) Эмоции всегда подчиняются когнитивной системе
 - b) Гнев и ярость всегда снижают психический тонус
 - c) Эмоциональная регуляция возможна только на уровне безусловных рефлексов
 - d) Эмоции могут выполнять защитную функцию в стрессовых ситуациях

8.ЛЕКЦИЯ Определение сенсорно-перцептивного профиля ребенка с расстройствами аутистического спектра. Классификации расстройств аутистического спектра.

8.1. Определение сенсорно-перцептивного профиля ребенка с расстройствами аутистического спектра.

История исследования особенностей сенсорно-перцептивных функций у здоровых детей начинается с фундаментального подхода И.М. Сеченова, который впервые подчеркнул важность движения в процессе гаптического восприятия предметов. Он отметил параллельность между зрением и осязанием, их роль в формировании целостного образа объекта. По мере психического развития ребенка их взаимный контроль усиливается, и сенсорное восприятие соединяется с моторным, образуя «зрительно-моторную ассоциацию», которая, согласно Сеченову, является основным инструментом пространственной ориентации.

Продолжение исследований зрительного и осязательного восприятия происходило в рамках ассоциативной психологии, рассматривавшей восприятие как совокупность ощущений. Многие идеи этой школы воплотились в системе М. Монтессори, которая предложила программу для детей от 3 до 6 лет,

включающую специальные материалы и упражнения, направленные на развитие тактильного различия формы, веса и текстуры предметов.

Значительный вклад в изучение детского восприятия внесла гештальтпсихология, которая доказала, что восприятие изначально целостное и не сводимо к сумме его компонентов. Особое внимание заслуживают исследования Г. Фолькельта из Лейпцигской школы гештальтпсихологии, который обнаружил, что рисунки детей, выполненные после осязательного восприятия фигур, менее адекватны, чем после зрительного.

Исследования среди взрослых показали, что нормальный процесс осязания требует сложной системы ощупывающих движений рук. По мнению ряда ученых, степень сформированности зрительного или осязательного образа можно наиболее надежно определить по его использованию в другой деятельности. Их исследования показали, что к концу дошкольного периода зрительные и осязательные образы приобретают необходимую отчетливость для интерсенсорного переноса. Зрительно-осязательная функциональная система формируется в дошкольном возрасте (к 4-5 годам).

Изучение зрительного восприятия и словесного обозначения фигур у дошкольников привело к выделению трех этапов. На первом этапе (3-4 года) дети совершают немногочисленные движения и могут проявлять стереотипные манипуляции с предметами, называя их по одному признаку. На втором этапе (4-5 лет) взаимодействие с фигурой становится более длительным и активным. На третьем этапе (5-6 лет) появляются планомерные движения, следящие за контуром фигуры, и дети изучают фигуры с разных сторон и в разных положениях. С.Г. Якобсон показал, что дошкольники лучше узнают фигуры по форме, если сначала их ощупывают, а затем рассматривают зрительно. Это свидетельствует о том, что в этом возрасте гаптическое восприятие опережает зрительное. Развитие функций руки и глаза происходит не одновременно: рука, как орган действия, обогащает зрительный образ объекта, в то время как глаз, передавая информацию о предметных действиях, участвует в формировании практических действий руки [85].

8.2. Этапы формирования перцептивных действий в процессе онтогенетического развития

Советские ученые установили, что формирование перцептивных действий в процессе онтогенетического развития и обучения проходит несколько этапов.

На первом этапе формирования перцептивных действий и образов ребенок использует практические действия для решения перцептивных задач. На втором этапе сенсорные процессы, под воздействием практической деятельности, преобразуются в специфические перцептивные действия, осуществляемые через движения рецепторных аппаратов и предвосхищающие последующие практические действия. В этом случае наблюдаются движения взгляда и

ощупывающей руки, которые определяют направление и характер практических действий. На третьем этапе перцептивные действия становятся более компактными, их время сокращается, эффекторные звенья замедляются, и восприятие начинает казаться пассивным процессом. Дети начинают быстро обнаруживать свойства объектов, различать их и выявлять взаимосвязи без необходимости внешних ориентировочных движений.

Анализ восприятия, возникшего в результате практических и опознавательных действий, показал различия между ними. В первом случае акцент делается на выделении признаков объекта, которые помогают создать целостный образ и отнести его к определенному классу. Во втором случае признаки объекта используются для опознавания, опираясь на уже сформированный образ. В этой связи было введено понятие «сенсорный эталон» или «оперативная единица восприятия», которое представляет собой компактные, семантически цельные образования, формирующиеся в результате перцептивного обучения и позволяющие осуществлять целостное опознание объектов и ситуаций независимо от их признаков. Сенсорными эталонами могут быть геометрические формы, цвета и размеры, а также действия, связанные с их использованием. В процессе развития у ребенка происходит формирование и накопление новых оперативных единиц восприятия [86].

Исследования, упомянутые выше, подчеркивают важность изучения закономерностей развития сенсорно-перцептивной деятельности для успешного решения задач сенсорного воспитания детей.

8.3. Специфические сенсомоторные аномалии детей с РАС

Многочисленные исследования демонстрируют наличие специфических сенсорно-перцептивных аномалий у большинства детей с аутизмом. Л. Каннер и Г. Аспергер уже отмечали необычные реакции на звуки, прикосновения, вкусы и запахи. В настоящее время существует значительное количество работ, написанных людьми с аутизмом, в которых они подробно описывают свои необычные ощущения от восприятия звуков, прикосновений, вкусов, запахов, зрительных стимулов, а также кинестетических и проприоцептивных воздействий. Эти нарушения могут включать гипер- и гипосенситивность, флуктуации чувствительности, монопроцессинг, сенсорные перегрузки и другие особенности.

Обычно такие особенности сенсорно-перцептивных функций проявляются с раннего возраста. В ретроспективном сравнительном исследовании Dahlgren и Gillberg первых двух лет жизни детей с умственной отсталостью, аутизмом и здоровых сверстников было обнаружено, что наряду с нарушениями в социальной, коммуникативной и мотивационной сферах, аномальные реакции на сенсорные стимулы (особенно звуковые) существенно отличают детей с аутизмом от других групп. Исследования сенсорной дисфункции у людей с аутизмом в

возрасте от 3 до 56 лет показали, что сенсорные аномалии частично сглаживаются с возрастом, однако особенности осязания остаются практически неизменными.

Психофизиологические исследования тактильной чувствительности у людей с РАС показали менее выраженные реакции на приятные и нейтральные стимулы, в то время как неприятные стимулы вызывали более заметные реакции лимбической системы по сравнению с контрольной группой. Авторы исследования предполагают, что эти особенности могут быть связаны с нарушениями в социальной сфере, где прикосновения играют важную роль. Э. Дж. Айрес также отмечает, что тактильная гиперчувствительность негативно сказывается на социальной, эмоциональной и когнитивной сферах ребенка, подчеркивая, что неприятные тактильные ощущения могут уменьшать интерес к исследованию новых объектов, что снижает вероятность полноценного развития [87].

Большинство современных теорий связывают аутистические расстройства с первичными когнитивными нарушениями. Наиболее распространенными из них являются следующие гипотезы:

1. Гипотеза нарушений исполнительных функций,
2. Гипотеза “ослабленной центральной когерентности”,
3. Теория распознавания психических состояний,
4. Теория эмпатии-систематизации,
5. Теория нарушения магноцеллюлярного зрительного пути.

Выводы:

1. Сенсорно-перцептивные функции имеют значительное значение в процессе развития предметного действия, сенсорных эталонов, восприятия и интеллектуальных способностей ребенка.
2. У детей с РАС наблюдаются нарушения сенсорно-перцептивной сферы, которые могут существенно влиять на их дальнейшее развитие.
3. Экспериментально-психологические исследования сенсорно-перцептивных функций у детей с РАС ограничены, особенно в области гаптического и зрительного восприятия в динамике.
4. Недостаточно исследованы клиничко-психологические особенности различных подгрупп в спектре аутистических расстройств, включая особенности сенсорно-перцептивных функций в зависимости от степени аффективной патологии.

8.4. Классификации расстройств аутистического спектра

Модели классификаций МКБ и DSM формируются на основе работы экспертных комитетов, которые обсуждают и утверждают категории и критерии диагностики. Эти критерии определяют, соответствует ли индивиду диагноз в рамках каждой категории. Эксперты анализируют широкий спектр данных, включая клинические, административные и исследовательские материалы, а

также опыт медицинских учреждений. Проекты категорий и критериев распространяются для публичного обсуждения, что позволяет собирать отзывы и вносить коррективы. В некоторых случаях проводятся полевые исследования для проверки критериев. В DSM-IV-R диагностические категории для детского возраста, охватывающие поведенческие, эмоциональные и социальные проблемы (например, проблемы с вниманием, поведенческие расстройства, оппозиционное неповиновение, тревога, депрессия), содержат перечень симптомов. Кроме того, для ряда симптомов устанавливаются диагностические пороги, которые должны быть достигнуты для подтверждения диагноза (American Psychiatric Association, 2000). Дополнительные критерии включают продолжительность симптомов, возраст их начала и динамику ухудшения состояния. Критерии одинаковы для детей любого возраста и пола, а также для информации от различных источников, таких как родители, педагоги, данные от детей, лабораторные исследования и клинические наблюдения. В случае противоречий или несоответствий в информации от разных источников (например, учителя сообщают о проблемах с вниманием, которые не замечают родители и сам ребенок), врач должен принять решение «да/нет» относительно соответствия всем диагностическим критериям и затем определить, соответствует ли состояние ребенка диагнозу.

При подготовке DSM-5 Американская психиатрическая ассоциация создала комиссию для изучения возможности разработки "дименсиональных" (то есть количественных) диагностических критериев. Комиссия опубликовала обширные материалы, подтверждающие возможность измерения критериев различных диагнозов у детей и взрослых (Helzer и др., 2008). Однако пока неясно, как критерии DSM-5 будут представлены в дименсиональном формате. Существует вероятность, что клинические диагностические критерии останутся в формате «да/нет», использованном в DSM-IV-TR, а исследовательские диагностические критерии будут частично дименсиональными.

Исследовательские диагностические критерии МКБ-10, классификация психических и поведенческих расстройств: диагностические критерии для исследований (World Health Organization, 1993), были дополнены критериями, ранее опубликованными для клинических диагнозов (World Health Organization, 1992). Эти критерии имеют сходство с критериями DSM-IV-TR, так как они определяют симптомы и признаки, которые должны оцениваться по принципу «да/нет». Пользователи после принятия решения «да/нет» по каждому критерию должны также принять решение о соответствии ребенка определенному диагнозу. Однако клинические диагностические критерии МКБ-10 (World Health Organization, 1992) отличаются от DSM-IV-TR отсутствием детального описания специфических симптомов и правил принятия решений для оценки диагноза. МКБ-10 включает диагностические категории, отсутствующие в DSM-IV-TR, например, расстройство сиблингового соперничества, гиперкинетическое расстройство поведения и расстройство привязанности. В МКБ и DSM-IV-TR

также существуют различия в подкатегориях диагностических категорий. Например, гиперактивное расстройство с дефицитом внимания в DSM-IV-TR делится на подтипы, тогда как в МКБ-10 гиперактивное расстройство не имеет таких подкатегорий. В свою очередь, в МКБ-10 расстройство поведения подразделяется на расстройство поведения, ограниченное семейными условиями, не социализированное расстройство поведения и социализированное расстройство поведения [88].

Критерии диагностики расстройств аутистического спектра по DSM-IV и МКБ-10. Расстройства аутистического спектра диагностируются по критериям Американской психиатрической ассоциации и классификации ВОЗ МКБ-10.

Ранний детский аутизм по МКБ-10 кодируется как F 84.0. Критерии для диагноза включают [89]:

- Ребенок не идет на контакт с обществом.
- Он не выражает эмоций, не разговаривает с другими людьми и родителями.
- Не использует жестов, имеет слабое развитие мышления и фантазии.
- Не играет с другими детьми, не любит командные игры.
- Заболевание проявляется до трех лет, но может быть диагностировано и позже.
- Ребенок с рождения имеет отклонения в психическом развитии.
- В старшем возрасте могут наблюдаться страхи, расстройства сна и питания, а также вспышки агрессии и раздражительности.
- Расстройство сохраняется на протяжении всей жизни, и без лечения улучшений не происходит.
- Причины заболевания могут быть связаны с органическим повреждением мозга или другими факторами.
- Мальчики подвержены детскому аутизму чаще, чем девочки.

Детский аутизм по DSM-IV включает следующие критерии:

- Ребенок не адаптирован к социуму и не идет на контакт с родителями и окружающими.
- Малыш не реагирует на эмоции других людей и редко выражает собственные чувства.
- Ему не интересно общение и игры с другими детьми.
- При попытках общения не использует мимику и жесты, речь монотонная.
- Аутисту сложно заводить друзей, играть в игры и интересоваться коллективными занятиями.
- Наблюдаются стереотипные движения и повторы, например, выстраивание игрушек в ряд или повторение одного слова.
- Ребенку необходим строгий режим дня; нарушение распорядка вызывает сильный стресс.

- Сложности с переключением внимания и увлечения хобби могут перерасти в манию.

- Выраженная или слабая реакция на внешние раздражители органов чувств, например, безразличие к боли или истерика на громкие звуки.

- По классификации DSM-IV определяется степень тяжести и наличие умственной отсталости.

Вопросы для самоконтроля

1. Как определить сенсорно-перцептивный профиль ребенка с РАС?
2. Какие этапы включает формирование перцептивных действий в онтогенезе?
3. Какие сенсомоторные аномалии наиболее характерны для детей с расстройствами аутистического спектра?
4. Какие классификации РАС применимы с учетом сенсорно-перцептивных нарушений?
5. Составьте индивидуальный сенсорно-перцептивный профиль ребенка с расстройствами аутистического спектра.

Темы Рефератов.

1. Особенности коррекционно – воспитательной работы при РДА.
2. Особенности игры при РДА.
3. Сравнительная характеристика синдрома Каннера и синдрома Аспергера.

Тест для самопроверки

1. Кто впервые подчеркнул важность движения в процессе гаптического восприятия предметов?
 - a) М. Монтессори
 - b) Г. Фолькельт
 - c) А.В. Запорожец
 - d) И.М. Сеченов
 - e) В.П. Зинченко
2. Какая школа психологии доказала, что восприятие изначально целостное и не сводимо к сумме компонентов?
 - a) Ассоциативная психология
 - b) Бихевиоризм
 - c) Гештальтпсихология
 - d) Когнитивная психология
 - e) Психоанализ
3. В каком возрасте у детей начинает формироваться зрительно-осознательная функциональная система?
 - a) 2-3 года
 - b) 3-4 года
 - c) 4-5 лет

- d) 5-6 лет
 - e) 6-7 лет
4. Какой исследователь выделил три этапа формирования зрительного восприятия у дошкольников?
- a) А.Г. Рузская
 - b) Л. Каннер
 - c) Г. Фолькельт
 - d) С.Г. Якобсон
 - e) З.М. Богуславская
5. Кто внес вклад в изучение перцептивных действий и их онтогенетического развития?
- a) И.М. Сеченов
 - b) А.В. Запорожец
 - c) М. Монтессори
 - d) В.П. Зинченко
 - e) С. Барон-Коэн
6. Как называется понятие, введенное для обозначения компактных, семантически цельных образований, формирующихся в результате восприятия?
- a) Перцептивная модель
 - b) Сенсорный эталон
 - c) Инвариант восприятия
 - d) Гештальт-принцип
 - e) Операциональная схема
7. Какой исследователь подчеркивал важность сенсорно-перцептивных аномалий у детей с аутизмом?
- a) В.П. Зинченко
 - b) С.Г. Якобсон
 - c) А.В. Запорожец
 - d) Л. Каннер
 - e) Г. Фолькельт
8. Какая теория аутизма связана с трудностями в восприятии целостных образов?
- a) Гипотеза нарушений исполнительных функций
 - b) Гипотеза ослабленной центральной когерентности
 - c) Теория эмпатии-систематизации
 - d) Теория магноцеллюлярного зрительного пути
 - e) Теория моторных нарушений
9. Какие особенности сенсорно-перцептивных функций чаще остаются неизменными у людей с аутизмом?
- a) Зрительные стимулы
 - b) Звуковые стимулы
 - c) Осязательные ощущения

- d) Вкусовые ощущения
 - e) Кинестетические ощущения
10. В чем основное отличие диагностики аутизма по МКБ-10 от DSM-IV?
- a) В DSM-IV отсутствует диагностика аутизма
 - b) В МКБ-10 больше категорий расстройств поведения
 - c) В МКБ-10 отсутствует детальное описание симптомов
 - d) DSM-IV не различает подтипы гиперактивного расстройства
 - e) В DSM-IV нет критерия сенсорных нарушений

9. ЛЕКЦИЯ Клиническая характеристика лиц с расстройствами аутистического спектра. Клинико-нозологическая характеристика лиц с расстройствами аутистического спектра.

9.1. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

F84.0 Детский аутизм Диагностические критерии

А. Это расстройство характеризуется постоянными качественными нарушениями в социальном взаимодействии, которые проявляются в виде неадекватного восприятия социо-эмоциональных сигналов, что проявляется в следующем:

1. Отсутствие социо-эмоциональной взаимности, что является особенно заметным;
2. Непонимание эмоций других людей и/или отсутствие адаптации поведения в зависимости от социальной ситуации;
3. Неэффективное использование речевых навыков, недостаточная гибкость в речевом выражении, а также относительное отсутствие творчества и фантазии в мышлении;
4. Проблемы с использованием интонаций и выразительности голоса в общении; также наблюдается отсутствие жестов;
5. Нарушения в ролевых и имитационных играх.

В. Также наблюдаются ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведенческие паттерны, интересы и активности, которые проявляются следующим образом:

1. Тенденция устанавливать строгий, постоянный порядок в различных аспектах повседневной жизни;
2. Особый порядок выполнения ритуалов, которые не имеют функционального значения;
3. Моторные стереотипии;

4. Особый интерес к нефункциональным элементам предметов, таким как запахи или тактильные свойства поверхности.

С. Аномалии в развитии должны быть выявлены в первые три года жизни, однако сам диагноз может быть поставлен в любом возрасте.

Д. Отсутствие предшествующего-явного нормального развития.

Е. Часто наблюдаются неспецифические для аутизма расстройства, такие как фобии, нарушения сна и питания, возбуждение, агрессия и самоповреждения.

Ф. Дефицит спонтанности, инициативности и креативности как при выполнении задач, так и в организации досуга.

Г. Специфические проявления аутизма могут изменяться по мере взросления ребенка, однако дефект сохраняется и проявляется в виде схожих расстройств в зрелом возрасте [89].

9.2. Клинико-нозологическая характеристика лиц с расстройствами аутистического спектра

Четвертый знак кода обозначает причину расстройства: F84.01 – ...из-за органического заболевания головного мозга; F84.02 – ...по другим причинам.

F84.01 – Синдром Каннера. Синдром Каннера представляет собой врожденную и тяжелую форму аутизма, проявляющуюся как асинхронное дезинтегративное аутистическое расстройство с неполным и неравномерным развитием высших психических функций. Характеризуется неспособностью к полноценному общению и включает «триаду» основных нарушений по L. Wing.

Развитие рецептивной и экспрессивной речи происходит с задержкой: отсутствуют жесты, гуление и лепет. Первые слова в экспрессивной речи (в форме эхоталий, повторов слогов) появляются между 2 и 4 годами и сохраняются на протяжении последующих лет. Эти слова произносятся напевно, иногда четко, иногда неразборчиво. Словарный запас увеличивается медленно, после 3-5 лет появляются короткие фразы-штампы, преобладает эгоцентрическая речь. Пациенты с синдромом Каннера не способны к ведению диалога, пересказу, не используют личные местоимения. Коммуникативная функция речи практически отсутствует. Недостаток взаимной коммуникации проявляется в отсутствии игры-имитации и творческой игры с другими детьми. Крупная моторика неровная, с двигательными стереотипиями, атетозоподобными движениями, ходьбой на пальцах ног и мышечной дистонией. Эмоциональное развитие задержано: нет реакции оживления на попытки родителей взять ребенка на руки, не формируется различение своих и чужих. Реакция оживления возникает спонтанно, в контексте аутистических интересов, и выражается в общем двигательном возбуждении. Нарушены инстинктивные действия, проявляющиеся в пищевом поведении. Цикл «сон-бодрствование» инвертируется. Психическая деятельность ограничена, стереотипна, с симптомами тождества и отсутствием подражания. Абстрактное мышление у пациентов не формируется. При значительном отставании в развитии

высших психических функций наблюдаются диссоциация и дезинтеграция внутри отдельных сфер психической деятельности.

Исход. Тяжелая форма аутизма при синдроме Каннера (по шкале CARS – 37-45 баллов) сохраняется на протяжении всей жизни, останавливая психическое развитие ребенка. Ослабление аутистических симптомов может наблюдаться в возрасте 6-8 лет, что также сопровождается небольшой положительной динамикой в развитии речи и мелкой моторики. Когнитивные нарушения проявляются с первых лет жизни. К пубертатному возрасту интеллект снижен у 75% пациентов ($IQ < 70$). Распространенность синдрома Каннера среди детей составляет 2 на 10 000 (орфанное заболевание).

F84.0 – Инфантильный аутизм (конституционально-процессуальный). Клиническая картина инфантильного аутизма схожа с начальными проявлениями синдрома Каннера, однако глубина и выраженность симптомов менее значительны. Для диагностики инфантильного аутизма наиболее целесообразно учитывать наличие аутистических симптомов у детей в возрасте 12-18 месяцев.

F84.02 – Инфантильный психоз

В клинической картине инфантильного психоза (ИП) наблюдаются наряду с «триадой» Винг ведущие «неспецифические» кататонические симптомы и тяжелый аутизм. Манифестные состояния при ИП проявляются в первые три года жизни, как на фоне диссоциированного дизонтогенеза, так и нормального психического развития. Степень выраженности аутизма по шкале CARS варьируется от 37 до 45 баллов. Кататонические расстройства (КР), которые коморбидны с РАС согласно DSM-V (2013), характеризуются «гиперкинетическим» поведением (бег по кругу, вдоль стен, перемещение из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания, карабкање, атетоз, потряхивание кистями, ходьба на пальцах ног, изменчивый мышечный тонус) и соответствуют «умеренной» и «тяжелой кататонии» по шкале BFCRS (30-37 баллов). У таких детей также проявляются выраженные вегетативные симптомы. Моторное возбуждение сопровождается негативизмом. Эти дети не проявляют интереса к общению с окружающими, родными и близкими, часто «сохраняют свою территорию», и при нарушении границ возникают тревога, агрессия, плач и отторжение общения. Речь у таких пациентов чаще всего смазанная, эгоцентрическая, бессвязная, с персеверациями и эхолалиями. На фоне психомоторных расстройств у детей с РАС также наблюдаются расстройства пищевого поведения (РПП), у всех искажен пищевой инстинкт. Большинство пациентов полностью отказывались от грудного вскармливания, при этом сосательный рефлекс сохранялся до 2,5 - 3 лет. При кормлении пациенты были вялыми и быстро уставали. При введении прикорма у них проявлялась особая чувствительность к пище с неоднородной консистенцией. У этих детей задерживалось развитие навыков жевания (до 3-3,5 лет). Часто наблюдается отсутствие пищевого рефлекса, в связи с чем дети кормились только ночью из

бутылки жидкой пищей. Также встречались срыгивания, рвота и желудочно-кишечные дискинезии. Пациенты не могли научиться пользоваться столовыми приборами, отказывались от помощи взрослых в освоении моторных навыков. На стадии обострения заболевания дети могли полностью отказываться не только от еды, но и от жидкости. РПП способствовало гипотрофии и, в отдельных случаях, дистрофии, что усложняло основное заболевание и требовало участия многопрофильной команды специалистов.

При приеме пищи пациенты могли надолго удерживать пищу за щекой, долго ее пережевывать и затем выплевывать, что приводило к прогрессивной потере веса. Также возможно проглатывание пищи кусками без предварительного пережевывания, что может свидетельствовать о симптомах анорексии и булимии. В некоторых случаях «жевание пищи» приносило удовлетворение и удовольствие. Докармливание не всегда было эффективным, так как иногда возникала регургитация с усилением возбуждения. Некоторые дети изменяли вкусовое восприятие, предпочитая только определенные блюда и проявляя стойкую привязанность к одному или двум видам пищи. Изменения в режиме питания вызывали болезненную реакцию. Пассивный отказ от пищи сопровождался отвращением к обычному рациону, особенно к мясу, кашам, овощам и фруктам, и необычными пищевыми предпочтениями. Дети, перешедшие на смешанные виды пищи, могли требовать продукты, предназначенные для младшего возраста, что избавляло их от необходимости жевать. Стереотипные влечения включают задержку стула, запоры, задержку мочи, патологические привычки (сосание пальцев, целых ладоней, длительное сосание соски, онихофагия, трихотилломания), яктация и мастурбация. Наличие РПП усложняет течение основного заболевания, приводит к развитию вторичной сомато-эндокринной патологии и нарушает развитие ребенка. Лечение требует работы специалистов различных профилей для создания и проведения персонализированного комплексного подхода, ориентированного на конкретные симптомы и синдромы. Кататонические расстройства и тяжелый аутизм при ИП замедляют онтогенетическое развитие пациента, способствуя формированию задержки психического развития. Манифестные состояния продолжаются 2-3 года.

В ремиссии степень кататонии смягчается (по шкале BFCRS – 25-33 баллов, что соответствует «умеренной кататонии»). Дети не могут оставаться на месте, вертятся на стуле во время занятий и совершают импульсивные поступки. Избыточная однообразная двигательная активность сочетается с нарушениями внимания. На этом этапе болезни при первичном обращении диагноз может быть ошибочно установлен как «Гиперкинетическое расстройство» (F90, МКБ-10) или «Синдром дефицита внимания и гиперактивности» (СДВГ, DSM-5). Во время абилитации и реабилитации к 7-9 годам гипердинамический синдром уменьшается. При эмоциональном напряжении может возникать мимолетный

«комплекс оживления» со стереотипными движениями, который можно прервать замечанием или переключением на другие виды активности. Пациенты испытывают трудности в построении полноценного диалога, навязывают окружающим свои мнения. В двух третях случаев попытки завести друзей выглядят «странными» и обычно неудачны.

Исход. Нажитая неравномерная задержка психического развития в большинстве случаев смягчается и преодолевается с помощью психофармакотерапии и реабилитации, IQ у всех превышает 70. Эмоциональная сфера развивается, однако сохраняется легкий когнитивный дизонтогенез. Выраженность аутизма уменьшается до 33-36 баллов, что соответствует «легкому/умеренному» аутизму по шкале CARS.

F84.1 – Атипичный аутизм

Диагностические критерии: А. Это расстройство похоже на F84.0, но при этом отсутствует хотя бы один из обязательных диагностических критериев А-С, а именно:

1. Значительные нарушения в социальном взаимодействии;
2. Ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение;
3. Проявление признаков аномального и/или нарушенного развития после 3 лет.

В. Чаще всего это расстройство возникает у детей с тяжелыми специфическими расстройствами развития рецептивной речи или умственной отсталостью, наличие или отсутствие которой обозначается четвертым знаком. В таких случаях вторым кодом указывается соответствующий диагноз F70.xx-F79.xx.

F84.10 – Атипичный аутизм по возрасту манифестации

F84.11 – Атипичный аутизм по феноменологии с умственной отсталостью

Это состояние включает: умеренную умственную отсталость с аутистическими чертами.

F84.12 – Атипичный детский психоз по возрасту манифестации и феноменологии, без умственной отсталости.

В клинической картине атипичного детского психоза (F84.12) ведущими являются «неспецифические проявления», аналогичные тем, что наблюдаются при инфантильном психозе. Манифестные регрессивно кататонические атипичные детские психозы проявляются на фоне аутистического дизонтогенеза или нормального развития на 3-5-м году жизни. Заболевание начинается с углубления аутистической отрешенности и может достигать «крайне тяжелого» аутизма (50-60 баллов по шкале CARS). Основными симптомами являются регресс высших психических функций, таких как речь и моторика (с частичной утратой ходьбы), игра, навыки опрятности, расстройства пищевого поведения (например, «пикацизм») и «тяжелые» кататонические гиперкинетические и гипокинетические нарушения (по шкале BFCRS – 36-38 баллов). У детей

наблюдаются периоды «замирания» и «застывания» в однообразных позах, положение на пол или мягкую мебель, а затем продолжение движений. В кистях рук часто проявляются однообразные движения древнего архаического уровня: «моющие», складывающие, потирающие движения, битье по подбородку, взмахи руками «как крыльями». Поведенческие фенотипы могут изменяться и быть неотличимыми от других детских психозов. Регресс и тяжелый аутизм останавливают психическое развитие ребенка. Тяжелые расстройства пищевого поведения также наблюдаются. Продолжительность атипичного детского психоза составляет 4,5-5 лет.

Исход: В 80% случаев заболевание прогрессирует. В случаях терапии, низкого качества ремиссии сохраняются тяжелый аутизм (42-52 балла по шкале CARS), тяжелая «гипокинетическая» кататония (BFCRS – 36-38 баллов), нарастают проявления астении. Когнитивные дефекты наблюдаются у большинства пациентов. Абилитация и реабилитация часто малоэффективны. У 35% пациентов собственная речь не развивается, мышление остается конкретным, абстрактные формы познания недоступны, эмоциональная сфера развивается с выраженной задержкой. Эти пациенты обучаются в инклюзивных школах по коррекционным программам для детей с аутизмом. По шкале социального функционирования их показатели находятся в пределах 40 баллов и ниже, что указывает на значительные нарушения социального функционирования и трудности социальной адаптации. Пациенты нуждаются в медикаментозной поддержке и коррекции на протяжении всей жизни.

F84.11, Q00-Q99 – Синдромальные формы атипичного аутизма с умственной отсталостью.

Такие формы атипичного аутизма связаны с определенными генетическими синдромами (например, синдромы Мартина-Белл, Дауна, Вильямса, Ангельмана, Сотоса и более 30 других) и болезнями обменного происхождения (фенилкетонурия, туберозный склероз и др.). Аутистические черты и даже атипичные детские психозы у этих пациентов могут проявляться на различных стадиях развития заболевания. В дальнейшем ведущими в клинической картине становятся умственная отсталость и соматическая патология.

F84.2 – Синдром Ретта. Диагностические критерии:

- А. Это расстройство описано исключительно у девочек.
- В. Раннее развитие ребенка может быть нормальным или выглядеть нормальным.
- С. Расстройство начинается между 7 и 24 месяцами жизни.
- Д. Наблюдается частичная или полная утрата мануальных навыков и речи.
- Е. Замедляется рост головы.
- Ф. Наиболее характерные проявления:
 - 1. Потеря спонтанных движений рук.

2. Стереотипные движения рук, такие как «заламывание», «мытьё», смачивание слюной.

3. Неполное пережевывание пищи.

4. Одышка.

Г. В среднем возрасте развиваются атаксия, апраксия, сколиоз и кифосколиоз, а также хореоатетозные расстройства и, нередко, эпилептические припадки.

Исход заболевания: Тяжелая психоневрологическая инвалидность.

Синдром Ретта (СР) является подтвержденным дегенеративным моногенным заболеванием, вызванным мутацией в гене-регуляторе MeCP2, расположенном на длинном плече хромосомы X (Xq28), который ответственен за 60-90% случаев СР.

Распространенность: 1 случай на 15 000 детей в возрасте от 6 до 17 лет.

Классический СР начинается на 1-2 году жизни, достигает пика манифестации в 16-18 месяцев и проходит через несколько стадий развития:

I стадия – «аутистическая» (длится 3-10 месяцев): появляются признаки отрешенности, нарушается познавательная активность, останавливается психическое развитие.

II стадия – «быстрого регресса» (от нескольких недель до нескольких месяцев): на фоне сохранения аутистической отрешенности в кистях рук появляются древние, архаические движения типа «моющего» и потирающего; наблюдается регресс в деятельности всех функциональных систем и замедление роста головы.

3. III стадия – «псевдостационарная» (продолжительность до 10 лет и более): частичное восстановление коммуникации, понимания речи и произношения отдельных слов; исчезновение проявлений аутизма; сохранение регрессивных подкорковых стереотипий. Деятельность становится кратковременной, лица с синдромом Ретта быстро истощаются. В 1/3 случаев возникают эпилептические приступы.

4. IV стадия – «тотальной деменции»: развивается деменция, наблюдаются неврологические расстройства, такие как спинальная атрофия, спастическая ригидность и полная утрата способности ходить [85].

Вопросы для самоконтроля

1. Какова клиническая картина расстройств аутистического спектра или родственных состояний?
2. В чем заключается клинико-нозологическая характеристика детей с РАС?
3. Составьте таблицу с нозологической классификацией и клиническими особенностями детей с РАС.

Темы Рефератов.

1. Типы аутистического развития по МКБ-10.
2. Расстройство аутистического спектра: проблема эпидемии или гипердиагностики.
3. Подходы к определению расстройств аутистического спектра по DSM5

Тест для самопроверки

1. Какое основное нарушение характеризует детский аутизм (F84.0)?
 - a) Гиперактивность и дефицит внимания
 - b) Эмоциональная нестабильность
 - c) Качественные нарушения в социальном взаимодействии
 - d) Агрессивное поведение
 - e) Отсутствие речевого развития
2. Какой возрастной период является критическим для выявления аномалий в развитии при аутизме?
 - a) 6–7 лет
 - b) Первые три года жизни
 - c) 10–12 лет
 - d) До одного года
 - e) Подростковый возраст
3. Какая характеристика НЕ является типичной для синдрома Каннера?
 - a) Нарушение социальных взаимодействий
 - b) Задержка развития речи
 - c) Двигательные стереотипии
 - d) Высокий уровень абстрактного мышления
 - e) Отсутствие творческой игры
4. Как обозначается синдром Каннера в системе классификации F84?
 - a) F84.02
 - b) F84.12
 - c) F84.01
 - d) F84.10
 - e) F84.11
5. Какое из перечисленных нарушений НЕ является характерным для инфантильного аутизма?
 - a) Ограниченные, повторяющиеся поведенческие паттерны
 - b) Нарушение социального взаимодействия
 - c) Проблемы с речевым и невербальным общением
 - d) Гиперкинетическое поведение, как при СДВГ
 - e) Стереотипные интересы
6. Чем отличается атипичный аутизм (F84.1) от инфантильного аутизма (F84.0)?
 - a) Полным отсутствием симптомов социальной дезадаптации
 - b) Отсутствием одного из обязательных диагностических критериев

- c) Гиперактивностью и нарушением внимания
 - d) Более тяжелыми формами речевого расстройства
 - e) Наличием психотических эпизодов
7. Какой диагностический критерий НЕ включен в «триаду» нарушений по L. Wing при синдроме Каннера?
- a) Нарушение социального взаимодействия
 - b) Коммуникативные расстройства
 - c) Импульсивность и агрессивное поведение
 - d) Ограниченные и стереотипные интересы
 - e) Отсутствие гибкости в мышлении
8. Какой показатель IQ наблюдается у большинства пациентов с синдромом Каннера к подростковому возрасту?
- a) Выше 130
 - b) 100-120
 - c) Меньше 70
 - d) 85-95
 - e) 120-140
9. Какой критерий выделяют для атипичного детского психоза (F84.12)?
- a) Полное отсутствие речи и моторных навыков
 - b) Легкие нарушения внимания
 - c) Выраженные регрессивные кататонические симптомы
 - d) Исключительно эмоциональные нарушения
 - e) Преобладание агрессивного поведения
10. Какой симптом чаще всего встречается у детей с аутизмом в младенческом возрасте?
- a) Развитие речи в раннем возрасте
 - b) Отсутствие реакции оживления на близких
 - c) Быстрое овладение навыками общения
 - d) Раннее формирование абстрактного мышления
 - e) Повышенный уровень социальной активности

10. ЛЕКЦИЯ. Методы исследования детей с аутистическими расстройствами.

10.1 Основные методы исследования детей с РАС. Первичная диагностика

Основными способами диагностики аутизма у дошкольников являются наблюдение (в случае необходимости — динамическое наблюдение) и разговор с родителями. Наиболее эффективным подходом для оценки состояния ребенка

является использование нескольких методов: беседы, анкетирования и наблюдения. Начать следует с беседы с родителями, затем предложить им заполнить анкеты, чтобы получить информацию о возможных нарушениях в развитии ребенка, и использовать эти данные для организации наблюдения.

Процедура обследования включает три этапа:

1. Сбор психологического анамнеза.
2. Оценка уровня нарушений в эмоционально-волевой сфере.
3. Исследование особенностей познавательной сферы.

Дети из первых двух групп по классификации О. С. Никольской могут быть диагностированы только в процессе динамического наблюдения; на первых двух этапах можно лишь определить тип аутистического дизонтогенеза. Дети третьей группы могут быть обследованы сразу при условии особого расположения к специалисту. Изучение детей четвертой группы может включать все три этапа одновременно.

При первичном диагностическом обследовании проводят беседу, анкетирование и специализированные тесты для родителей. Наряду с беседой и анкетированием собираются психологический и медицинский анамнез ребенка, включая информацию о течении беременности и родов, раннем моторном и психоэмоциональном развитии, особенностях раннего детства, а также имеющихся диагнозах у невролога и психиатра.

Полезно использовать анкету, разработанную в лаборатории методов коррекционного обучения детей с эмоциональными нарушениями, как основу для диагностической беседы с родителями. Родители могут заполнить анкету дома и принести результаты на консультацию, где специалисты смогут задать уточняющие вопросы. Также может быть полезно включение продуктов деятельности ребенка, таких как рисунки и поделки, если они имеются [77].

10.2. Методики определения РАС

При диагностике детей дошкольного возраста использование скринингового теста М-СНАТ-R не является актуальным. Однако, если родители обращались к этому тесту в раннем возрасте ребенка и у них имеются результаты тестирования, то эти данные могут быть учтены в дальнейшем для оценки развития ребенка. М-СНАТ-R состоит из 20 вопросов, на которые родители отвечают, и предназначен для определения потенциального риска аутизма у ребенка в возрасте от 16 до 30 месяцев. Обычно ответ на вопросы теста занимает всего несколько минут.

Шкала С. А. R.S. (Childhood Autism Rating Scale) представляет собой рейтинговую шкалу, основанную на клинических наблюдениях за поведением ребенка. Шкала С. А. R.S. требует минимального обучения для работы с ней и может использоваться в качестве скринингового инструмента для первичной оценки состояния ребенка в возрасте от двух до четырех лет. Вопросы шкалы

разделены на пятнадцать групп, и для каждого вопроса предлагается четыре варианта ответа с разным количеством баллов, что позволяет более точно выявить картину отклонений. Если возможно, в тестировании должно участвовать все близкое окружение ребенка, и в этом случае окончательный результат определяется как среднее арифметическое всех проведенных тестов.

SCQ (Социально-Коммуникативный Опросник) является скрининговой методикой для выявления симптомов расстройства аутистического спектра. Анкету должен заполнить родитель или опекун, и она может быть использована для оценки любого человека старше четырех лет при условии, что его умственный возраст составляет более двух лет. SCQ должен использовать специалист, прошедший специальную подготовку. Анкета SCQ состоит из 40 вопросов в формате "да/нет". Благодаря своей скорости и простоте использования, SCQ является эффективным инструментом для оперативного скрининга расстройств аутистического спектра. SCQ включает два бланка: один — «В течение жизни», который заполняется на основе всей истории развития ребенка, и второй — «В настоящее время», который заполняется относительно поведения ребенка за последние три месяца. Бланк «В течение жизни» помогает направить ребенка на более подробное обследование, а бланк «В настоящее время» позволяет оценить повседневный жизненный опыт, анализировать ход лечения и планировать обучение.

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) представляет собой диагностическое наблюдение для оценки коммуникации, социальной интеракции, игр и воображения. Эта методика применяется для людей всех возрастных групп, уровней развития и речевых навыков. ADOS основан на стандартных видах действий, которые позволяют наблюдать за поведенческими признаками аутизма на разных уровнях развития и возрастных порогах. В процессе наблюдения используются заранее подготовленные социальные ситуации, в которых может проявиться аутистическая симптоматика. В зависимости от уровня речевого развития и возраста ребенка используется один из четырех модулей ADOS. Первый модуль применяется для детей, которые используют отдельные слова или вообще не разговаривают; второй модуль предназначен для тех, кто не говорит свободно, а использует выражения максимум из трех слов; третий модуль применим к детям, которые бегло говорят; четвертый модуль предназначен для подростков и взрослых, свободно владеющих речью. Диагностическая процедура длится 45 минут, в течение которых специалист предлагает ребенку стандартные стимулы, побуждающие его к общению и социальному взаимодействию. В результате ребенок имеет возможность проявить себя в различных условиях, что позволяет определить особенности его развития. Итоговые оценки выставляются сразу после окончания обследования. Для исключения ошибок возможно проведение видеонаблюдения с согласия родителей или законных представителей ребенка. Все результаты фиксируются в протоколе [81].

Методика ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) представляет собой интервью для диагностики аутизма. Это опросник, ответы на который предоставляют всю необходимую информацию для выявления характерных признаков аутизма. Для проведения интервью требуется опытный психолог и представитель пациента (родители, опекун, воспитатель), хорошо знающий историю развития и поведение испытуемого. Интервью проводится при уровне умственного развития испытуемого не ниже двух лет.

Второй и третий этапы обследования, включающие определение уровня нарушений эмоционально-волевой сферы и изучение особенностей познавательной сферы, реализуются в ходе наблюдения за ребенком, при необходимости динамического. Определение уровня аутистического дизонтогенеза (уровня нарушений эмоционально-волевой сферы) осуществляется с помощью наблюдения за поведением и спонтанной деятельностью ребенка. Дальнейшее изучение строится в ходе взаимодействия с ребенком, в зависимости от демонстрируемых им возможностей. Изучение особенностей познавательной сферы аутичных детей дошкольного возраста направлено на выявление уровня их знаний и навыков, а также на определение программ обучения в дошкольных образовательных учреждениях, соответствующих их возможностям [65]. Таким образом, основными методами диагностики аутизма являются наблюдение (при необходимости динамическое), анкетирование и беседа с родителями. При диагностике детей дошкольного возраста необходимо учитывать развитие ребенка в раннем возрасте. Для диагностики аутизма у детей дошкольного возраста эффективно использование рейтинговой шкалы С. А. R.S., социально-коммуникативного опросника SCQ, методик ADOS и ADI-R. Окончательное установление клинического диагноза является компетенцией врача-психиатра.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие основные методы используются для диагностики расстройств аутистического спектра у детей?
2. Каковы особенности проведения первичной диагностики РАС?
3. Какие методики применяются для выявления РАС, и в чем их особенности?
4. Составьте таблицу с плюсами и минусами диагностических методик, применяемых при РАС.

Темы Рефератов.

1. Расстройство аутистического спектра: проблема эпидемии или гипердиагностики.
2. Проблема отграничения РДА от других нарушений развития в детском возрасте.
3. Основные направления воспитательного процесса в детском доме (интернате) для детей с недостатками интеллекта.

Тест для самопроверки

1. Какой метод диагностики аутизма у дошкольников является основным?
 - a) МРТ
 - b) Генетический анализ
 - c) Наблюдение и беседа с родителями
 - d) Лабораторные тесты
 - e) Компьютерная томография
2. Какие этапы включает процедура обследования ребенка с подозрением на аутизм?
 - a) Физическое обследование и анализ крови
 - b) Сбор психологического анамнеза, оценка эмоционально-волевой сферы, исследование познавательной сферы
 - c) Проведение биохимического анализа и тестов на интеллект
 - d) Оценка уровня интеллекта и анализ ДНК
 - e) Социологический опрос родителей и консультация логопеда
3. Какой тест НЕ рекомендуется для диагностики аутизма у дошкольников?
 - a) ADOS
 - b) SCQ
 - c) M-CHAT-R
 - d) C.A.R.S.
 - e) ADI-R
4. Какая методика диагностики РАС основана на клиническом наблюдении за поведением ребенка?
 - a) SCQ
 - b) C.A.R.S.
 - c) ADOS
 - d) ADI-R
 - e) M-CHAT-R
5. Кто заполняет анкету SCQ?
 - a) Психиатр
 - b) Воспитатель
 - c) Родитель или опекун
 - d) Сам ребенок
 - e) Логопед
6. Сколько вопросов содержит анкета SCQ?
 - a) 10
 - b) 20
 - c) 40
 - d) 50
 - e) 30
7. Какая методика диагностики аутизма включает диагностическое интервью с родителями?

- a) ADOS
 - b) SCQ
 - c) ADI-R
 - d) M-CHAT-R
 - e) C.A.R.S.
8. Какой модуль ADOS применяется для детей, которые вообще не разговаривают?
- a) Второй
 - b) Первый
 - c) Третий
 - d) Четвертый
 - e) Пятый
9. Какая методика диагностики аутизма включает наблюдение за коммуникацией, социальной интеракцией и воображением?
- a) ADOS
 - b) SCQ
 - c) ADI-R
 - d) M-CHAT-R
 - e) C.A.R.S.
10. Кто компетентен в окончательной постановке клинического диагноза аутизма?
- a) Дефектолог
 - b) Невролог
 - c) Врач-психиатр
 - d) Логопед
 - e) Педагог-психолог

11. ЛЕКЦИЯ. Роль биологических факторов в формировании расстройств аутистического спектра Конституциональные и наследственные факторы возникновения расстройств аутистического спектра. Значение микросоциальных факторов для формирования расстройств аутистического спектра

11.1. Роль биологических факторов в формировании расстройств аутистического спектра.

Для определения взаимосвязи между биологическими, конституциональными и социально-экономическими факторами и развитием расстройств аутистического спектра (РАС) были проанализированы результаты анамнестического и клинического обследования. Это позволило выявить ряд особенностей, основываясь на парной и множественной корреляции, которая

отражает силу и направление связи от слабой (при коэффициенте корреляции 0,05) до полной (коэффициент корреляции равен 1).

Особенности влияния биологических факторов на формирование расстройств аутистического спектра

Анализ влияния биологических факторов на пациентов с РАС и их родителей позволил выявить несколько закономерностей [45].

а) Связь отягощенного акушерского анамнеза у матерей с развитием РАС у их детей

Исследования показывают, что отягощенный акушерский анамнез у матерей может способствовать развитию патологии центральной нервной системы у их детей. В результате анализа анамнестических данных было установлено, что большинство матерей в исследуемой группе (68,3 %) имели отягощенный акушерский анамнез. Основные проблемы, выявленные в ходе исследования патологии беременности, включают хронические внутриматочные инфекции, угрозу прерывания беременности, гестозы различной степени тяжести, фетоплацентарную недостаточность и нефропатию. В ходе родов наблюдались акушерские кровотечения, тазовое предлежание плода, предлежание плаценты, стремительные роды, асфиксия плода из-за обвития пуповины, роды после длительного безводного промежутка и слабость родовой деятельности.

Анализ корреляции между тяжестью РАС у детей и наличием патологии беременности и родов у матерей показал, что отягощенный акушерский анамнез матерей имеет прямую связь с возникновением РАС у их детей. Статистически достоверно было установлено, что среди детей матерей, не имевших патологий беременности и родов, число случаев тяжелых форм аутизма значительно ниже по сравнению с детьми матерей с отягощенным акушерским анамнезом ($p < 0,001$, $X=5,071$). Анализ корреляции между тяжестью патологии беременности и тяжестью РАС подтвердил эту связь ($p < 0,05$). Это может быть объяснено тем, что серьезные проблемы во время беременности у матери часто приводят к нарушениям в формировании и поражению ЦНС у плода, что в свою очередь может определять более выраженные проявления РАС. Предположение о связи степени тяжести осложнений родов с тяжестью РАС оказалось статистически незначимым.

б) *Анализ связи неврологической патологии с расстройствами аутистического спектра*

По данным литературы, у людей с психиатрическими нарушениями, включая расстройства аутистического спектра (РАС), наблюдается высокая частота неврологических заболеваний. Исследования показывают, что у 35% больных аутизмом обнаруживается поражение нервной системы. Особое внимание в литературе уделяется перинатальным поражениям центральной нервной системы (ЦНС). Перинатальное поражение ЦНС охватывает нарушения структуры или функции мозга, возникшие в перинатальный период, который

включает антенатальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды. Антенатальный период начинается с 28-й недели внутриутробного развития и заканчивается началом родов. Интранатальный период охватывает сами роды, начиная с начала родовой деятельности и до рождения ребенка. Ранний неонатальный период включает первую неделю жизни ребенка и характеризуется процессами адаптации к внешним условиям. В современной международной классификации болезней (МКБ-10) диагноз «перинатальное поражение ЦНС» не применяется.

Пример: Анализ анамнестических данных показал, что 72,2% пациентов имеют неврологическую патологию. Из них 66,6% наблюдаются неврологом с новорожденности с энцефалопатией, связанной с последствиями перинатального поражения ЦНС. 19,4% пациентов были поставлены на неврологический учет после года.

Эти данные подтверждают высокий процент пациентов с патологиями головного мозга среди лиц с РАС. Очевидно, что наличие неврологической патологии может оказывать влияние на развитие РАС. Факт, что среди пациентов с анамнезом тяжелого поражения головного мозга существенно выше процент случаев тяжелого аутизма, указывает на связь тяжести поражения ЦНС со степенью аутистических проявлений. У пациентов с тяжелыми и средними поражениями ЦНС наблюдается значительное увеличение числа случаев тяжелого течения аутизма по сравнению с пациентами с легкими поражениями ЦНС.

в) Характеристика сопутствующих хронических заболеваний у лиц с расстройствами аутистического спектра

Для изучения влияния сопутствующих хронических заболеваний, не относящихся к психическим расстройствам, на развитие расстройств аутистического спектра (РАС), были проанализированы хронические заболевания у пациентов из исследовательской выборки. Выявленные сопутствующие заболевания позволили разделить пациентов на группы по типам заболеваний: сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, заболевания органов дыхания и патологии почек.

Хотя сопутствующие хронические заболевания, не относящиеся к психиатрическим, не оказывают прямого влияния на формирование РАС и степень его проявлений, они представляют собой дополнительный дезадаптирующий фактор. Нарушения соматического здоровья приводят к различной степени снижения социально-психологической адаптации, от незначительного до выраженного, что особенно заметно у школьников с различными хроническими заболеваниями. Дети с хроническими соматическими заболеваниями показывают особенности в личностном развитии. Наличие соматического заболевания создает специфическую социальную ситуацию развития для ребенка, что влияет на формирование внутренней картины болезни.

Эта внутренняя картина болезни имеет свои чувствительные периоды осознания заболевания, которые зависят от возраста и конкретного заболевания. Эти периоды часто совпадают с кризисными моментами осознания болезни и могут сопровождаться различными трудностями в личностном развитии у детей.

11.2. Влияние конституциональных и семейных факторов на формирование расстройств аутистического спектра

Распространенность психических заболеваний в семьях исследуемого контингента

В данном исследовании изучена частота психических заболеваний в семьях участников. Проведено клинико-генеалогическое обследование в семьях родителей и среди родственников предков. Информация о родственниках с психическими расстройствами, подтвержденными диагнозами и лечившихся у психиатров, была собрана от членов семей.

Анализ данных выявил наследственную предрасположенность к психическим заболеваниям в изучаемых семьях, а также обнаружил значительное преобладание расстройств эндогенного характера среди отцов и родственников по линии отца по сравнению с расстройствами у матерей и их родственников. Эти данные могут подтвердить гипотезу о том, что психические заболевания эндогенного типа, включая расстройства аутистического спектра, чаще имеют наследственную предрасположенность. Полученные результаты позволяют предположить, что мужской пол может быть фактором риска для развития расстройств аутистического спектра.

Влияние особенностей личности родителей и родственников на формирование расстройств аутистического спектра.

В рамках исследования была предпринята попытка оценки личностных особенностей родителей и родственников детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). В качестве основы для анализа использована классификация П. Б. Ганнушкина (1933), которая базируется на характеристиках патологического характера, проявляющихся через сочетание определенных личностных черт. На основании этой классификации был разработан раздел в «Диагностической карте пациента», содержащий информацию о личностных и поведенческих особенностях родителей и родственников пациентов.

Среди родителей детей с РАС выявлен высокий процент акцентуированных личностей. Результаты исследования предполагают, что шизоидные личностные особенности встречаются у родственников лиц с РАС по линии отца значительно чаще. Этот вывод подтверждается тем, что среди отцов и их родственников наблюдается существенно больше случаев шизоидной акцентуации по сравнению с матерями и их родственниками с аналогичными чертами ($p < 0,001$). Косвенным подтверждением данного предположения является статистика, согласно которой мальчики заболевают РАС в четыре раза чаще, чем девочки. Таким образом,

можно предположить, что мужской пол может быть более восприимчив к РАС и служить предрасполагающим фактором для развития таких расстройств у потомков.

Влияние возраста родителей на формирование расстройств аутистического спектра у детей

Согласно литературе, риск рождения детей с патологиями развития увеличивается с возрастом матери. Исследования также указывают на то, что возраст отца на момент зачатия имеет значение. Риск возникновения врожденных и наследственных заболеваний у потомства напрямую связан с возрастом обоих родителей.

В рамках исследования был проанализирован возраст родителей на момент рождения ребенка с расстройствами аутистического спектра (РАС). Использована возрастная классификация Д. Бромлея, которая выделяет пять циклов развития: внутриутробный, детство, юность, взрослость и старость. В рамках исследования рассматривались циклы «юность» и «взрослость», которые разделены на несколько периодов. Цикл «юность» включает две стадии: старшее школьное детство (11-15 лет) и позднюю юность (15-21 год). Цикл «взрослость» состоит из трех стадий: ранняя взрослость (21-25 лет), средняя взрослость (25-40 лет) и поздняя взрослость (40-55 лет) [24].

По результатам исследования большинство отцов на момент рождения ребенка с РАС относились к стадиям средней и поздней взрослости (35,6% и 24,7% соответственно). Различия между этими группами и группой ранней взрослости статистически значимы ($p < 0,001$). Большинство матерей находились в стадии средней взрослости (71,2%), что достоверно ($p < 0,001$) превышает количество матерей в группах ранней и поздней взрослости [15].

Таким образом, большинство детей родились от родителей старше 25 лет. Также отмечено, что в 38 семьях, где родителям было более 25 лет на момент рождения ребенка с РАС, уже были здоровые старшие дети. Это исследование показывает, что возраст родителей может быть предрасполагающим фактором для развития РАС у потомства, особенно при наличии наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям.

11.3. Микросоциальные факторы формирования расстройств аутистического спектра

Анализ образования и трудового статуса родителей детей с расстройствами аутистического спектра

Анализ образовательного уровня и профессиональной сферы родителей детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) показал следующие результаты.

Среди отцов детей с РАС наблюдается значительное преобладание лиц с высшим образованием в области физико-математических наук и работающих в

сферах физики, математики и программирования. Эти отцы демонстрируют такие личностные черты, как рациональность, интерес к точным наукам и способность к математическому анализу. Они обладают высокими интеллектуальными способностями и часто выбирают профессии в области точных технологий, математики и физики. Количество отцов с образованием и профессией в других областях существенно ниже.

Что касается матерей, то большинство из них работают в гуманитарной сфере, и их число значительно превышает количество матерей, работающих в области математики, физики или программирования. Также наблюдается высокое количество матерей, занятых неквалифицированным трудом ($p < 0,001$). Особенно заметен высокий процент неработающих матерей (28,7%), что в основном объясняется необходимостью ухода за ребенком с РАС. Таким образом, среди матерей детей с РАС преобладают женщины с высшим гуманитарным образованием, которые склонны заниматься деятельностью в гуманитарных областях [16].

Анализ структуры семей лиц с расстройствами аутистического спектра

В данном исследовании была проанализирована структура семей детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) на основе их состава. Семьи делились на полные (с обоими родителями) и неполные (где ребенка воспитывает один из родителей). Также исследовалась психологическая обстановка в этих семьях как фактор, влияющий на динамику заболевания.

Наличие у ребенка хронического психического заболевания само по себе является фактором стресса для родителей и может приводить к моральному выгоранию, что, в свою очередь, часто создает неблагоприятную психологическую обстановку в семье или может привести к разводам. Неблагоприятная психологическая обстановка характеризуется частыми конфликтами, злоупотреблением алкоголем или наркотиками членами семьи, психологическим неприятием ребенка с РАС, непониманием его состояния и отвержением. В таких семьях часто наблюдаются раздражительность, агрессия и гнев, отсутствие совместных интересов, и ребенок воспринимается как обуза. Члены семьи часто проявляют отсутствие ответственности, эмпатии и дружбы, а потребности ребенка остаются игнорируемыми, что приводит к хронической психологической депривации.

Семьи, имеющие детей с РАС, были разделены на четыре группы: полные семьи с благоприятной психологической обстановкой, неполные семьи с благоприятной психологической обстановкой, полные семьи с неблагоприятной психологической обстановкой и неполные семьи с неблагоприятной психологической обстановкой.

Анализ показал, что при равномерном распределении лиц с тяжелыми и умеренными формами РАС между четырьмя группами наблюдается практически одинаковое число случаев с отрицательной динамикой в семьях с благоприятной

и неблагоприятной психологической обстановкой, и достоверной разницы между этими группами не установлено. Однако в семьях с благоприятной психологической обстановкой значительно больше случаев положительной динамики, включая случаи с тяжелым течением РАС ($p < 0,001$). В семьях с неблагоприятной психологической обстановкой положительная динамика не наблюдается у лиц с тяжелым течением аутизма.

Эти данные подчеркивают важность психологической обстановки в семьях для динамики заболевания. Наибольшее количество пациентов с отрицательной динамикой (91,0%) отмечено в группе неполных семей с неблагоприятной психологической обстановкой. Результаты свидетельствуют о необходимости разработки социальных программ поддержки родителей детей-инвалидов, особенно неполных семей [28].

Анализ материального уровня семей лиц с расстройствами аутистического спектра

В исследовании семьи пациентов были классифицированы по материальному уровню на три группы: с высоким, средним и низким материальным уровнем. Критериями оценки низкого материального уровня стали отсутствие работы у родителей, отсутствие собственного жилья, доход ниже прожиточного минимума, признание семьи малоимущей, получение социальных пособий и невозможность оплачивать платные услуги. Средний материальный уровень характеризовался наличием постоянной работы у родителей, стабильным доходом выше прожиточного минимума, наличием собственного жилья и возможностью оплачивать лечение и образование детей. Высокий материальный уровень определялся наличием высокодоходного бизнеса или постоянной работы, наличием дополнительной недвижимости, возможностью оплачивать платные услуги за границей и наймом обслуживающего персонала.

Опрос родителей в трех группах показал следующее:

- Низкий материальный уровень: Родители в этой группе не имеют средств для оплаты консультаций специалистов и длительных коррекционных мероприятий. Они проживают в стесненных жилищных условиях, где ребенок часто лишен собственной комнаты и необходимых развивающих игр и книг. Бытовые проблемы являются приоритетными, и родители не обладают достаточной информацией о заболевании ребенка и возможностях коррекции. Время, уделяемое коррекционным занятиям, минимально.

- Средний материальный уровень: В этих семьях выделяется достаточно средств на лечение и коррекционные занятия. Большинство детей имеют собственные комнаты и доступ к развивающим играм и книгам. Родители осведомлены о заболевании ребенка и возможностях коррекции, но из-за работы у них недостаточно времени для регулярных коррекционных занятий и посещения центров.

-Высокий материальный уровень: Эти семьи обладают максимальными материальными возможностями для консультаций у различных специалистов и применения современных коррекционных методов. Родители хорошо осведомлены о заболевании ребенка и его коррекции. Один из членов семьи (чаще всего мать) не работает и имеет наемных помощников, что позволяет уделять больше времени занятиям с ребенком. Дети часто имеют няню. Наличие свободного времени позволяет родителям изучать специальную литературу, посещать курсы лечения в других городах и за границей, и оплачивать услуги специалистов на дому[57].

Данные показывают, что высокий материальный уровень значительно улучшает возможности для коррекции РАС, в то время как семьи с низким материальным уровнем сталкиваются с большими трудностями. Необходимость повышения материального уровня семей, воспитывающих детей с аутистическими нарушениями, и развитие социальных программ поддержки таких семей становится очевидной.

Вопросы для самоконтроля

1. Какова роль биологических факторов в развитии расстройств аутистического спектра?
2. Какие конституциональные и наследственные факторы влияют на возникновение РАС?
3. В чем заключается влияние микросоциальной среды на формирование аутистических черт?
4. Составьте таблицу с основными факторами, способствующими возникновению РАС.

Темы Рефератов.

1. Проблемы формирования коммуникации и речи аутичного дошкольника
2. Содержание психолого-педагогического обследования аутичного ребенка
3. Стержневые признаки детского аутизма, проявляющиеся в раннем детстве

Тест для самопроверки

1. Какой метод использовался для выявления связи между биологическими, конституциональными и социально-экономическими факторами и развитием РАС?
 - a) Регрессионный анализ
 - b) Факторный анализ
 - c) Дисперсионный анализ
 - d) Корреляционный анализ
 - e) Анализ главных компонент

2. Какие акушерские осложнения чаще всего встречались у матерей детей с РАС?
 - a) Недоношенность
 - b) Хронические внутриматочные инфекции, гестозы, фетоплацентарная недостаточность
 - c) Многоплодная беременность
 - d) Генетические мутации
 - e) Токсикоз первой половины беременности
3. Каков процент пациентов с РАС, имеющих неврологическую патологию?
 - a) 50%
 - b) 60%
 - c) 72,2%
 - d) 80%
 - e) 90%
4. В каком периоде внутриутробного развития начинается антенатальный период?
 - a) С момента зачатия
 - b) С 12-й недели беременности
 - c) С 20-й недели беременности
 - d) С 28-й недели беременности
 - e) С момента начала родов
5. Какие сопутствующие хронические заболевания были выявлены у пациентов с РАС?
 - a) Онкологические заболевания
 - b) Эндокринные нарушения
 - c) Сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, заболевания органов дыхания и патологии почек
 - d) Аутоиммунные заболевания
 - e) Нарушения свертываемости крови
6. Какой тип психических расстройств чаще встречался у родственников по линии отца детей с РАС?
 - a) Депрессия
 - b) Биполярное аффективное расстройство
 - c) Шизофрения
 - d) Шизоидные личностные особенности
 - e) Генерализованное тревожное расстройство
7. В какой возрастной категории находилось большинство матерей на момент рождения ребенка с РАС?
 - a) До 21 года
 - b) 21-25 лет
 - c) 25-40 лет

- d) 40-50 лет
 - e) Старше 50 лет
8. В какой профессиональной сфере чаще всего работали отцы детей с РАС?
- a) Гуманитарные науки
 - b) Искусство и дизайн
 - c) Физико-математические науки, программирование
 - d) Медицинская сфера
 - e) Педагогика
9. Какая группа семей показала наибольшую положительную динамику в развитии ребенка с РАС?
- a) Полные семьи с неблагоприятной обстановкой
 - b) Неполные семьи с неблагоприятной обстановкой
 - c) Полные семьи с нейтральной обстановкой
 - d) Полные семьи с благоприятной психологической обстановкой
 - e) Неполные семьи с благоприятной психологической обстановкой
10. Какая материальная группа семей имела наибольшие возможности для коррекции РАС?
- a) С высоким материальным уровнем
 - b) Со средним материальным уровнем
 - c) С низким материальным уровнем
 - d) Безработные родители
 - e) Одиноким родители

Заключение к Модулю 2

Глубокое понимание психофизиологических и возрастных особенностей детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) является краеугольным камнем в построении грамотной системы диагностики, коррекции и сопровождения. РАС представляют собой сложные и гетерогенные состояния, имеющие многофакторную природу, в которой переплетаются биологические, генетические, нейрофизиологические и психосоциальные аспекты. В рамках данного модуля обучающиеся получили представление о многоуровневом подходе к анализу природы аутизма, включая ключевые теории: теорию «модели психического», теорию центральной когерентности, теорию исполнительных функций, зеркальных нейронов, а также нейробиологическую и генетическую модели.

Овладение данными знаниями позволяет будущим специалистам не просто понимать происхождение и динамику нарушений при РАС, но и объективно оценивать степень выраженности симптомов в зависимости от индивидуальных нейropsychологических характеристик ребёнка. Рассмотрение механизмов

дизонтогенеза, таких как атипичная гирификация коры головного мозга, нарушения функциональной коннективности, расстройства сенсорной интеграции и особенности развития соматосенсорных, праксических и гностических функций, даёт возможность на раннем этапе выявлять отклонения и строить стратегии воздействия на нейрофизиологическом уровне.

Особое внимание уделено анатомическим и функциональным особенностям сенсорных систем — слуха, зрения, речи — что особенно важно при формировании сенсорно-перцептивного профиля ребёнка. Ведь именно сенсорные перегрузки и гипер-/гипосенситивность зачастую лежат в основе трудностей во взаимодействии и обучении. Понимание этих механизмов даёт возможность специалисту предвидеть возможные поведенческие реакции и подобрать наиболее подходящие формы помощи.

Кроме того, модуль включает в себя блок о роли биологических, в том числе наследственных и конституциональных, а также микросоциальных факторов, формирующих уникальный «нейропсихологический портрет» ребёнка с РАС. Это способствует индивидуализации подхода и построению целенаправленных траекторий развития. Особенности онтогенетического развития, включая этапы дизонтогенеза, позволяют прогнозировать развитие функций, понимать возможные зоны риска и формировать реалистичные цели сопровождения.

Таким образом, комплексное изучение психофизиологических и возрастных особенностей детей с РАС позволяет специалисту не просто ориентироваться в многообразии проявлений аутизма, но и выступать как междисциплинарный медиатор, объединяющий знания нейронаук, психологии, педагогики и клинической медицины. Это значительно повышает качество диагностики, усиливает обоснованность коррекционно-развивающих программ и обеспечивает включение ребёнка в образовательный и социокультурный контексты с учётом его нейрофизиологических потребностей и ресурсов.

3 модуль Психодиагностическая работа с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Аннотация

Модуль направлен на формирование знаний о принципах, методах и технологиях психодиагностики детей с расстройствами аутистического спектра. Рассматриваются этапы обследования, подходы к раннему скринингу, дифференциальной диагностике и профессионально-этические нормы работы специалиста.

Ожидаемые результаты обучения

После изучения модуля обучающийся должен уметь:

- *Формулировать цели и задачи психодиагностической работы с детьми с РАС.*
- *Выбирать адекватные методы и технологии психодиагностики.*
- *Проводить ранний скрининг и дифференциальную диагностику РАС.*
- *Использовать методики психологической диагностики и прикладного анализа поведения.*
- *Учитывать профессионально-этические стандарты при работе с детьми с аутизмом.*
- *Разработка программы психологопедагогической поддержки.*
- *Прогнозирование потенциала ребенка к социализации и коммуникации.*
- *Предоставление рекомендаций родителям на основе результатов диагностики.*
- *Составление специалистом карты развития ребенка по результатам психодиагностической работы.*

1. ЛЕКЦИЯ. Структура и содержание психодиагностической работы с детьми с расстройствами аутистического спектра. Цели и задачи.

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой пожизненные нарушения развития нервной системы, формирующиеся на ранних стадиях онтогенеза. Ключевыми особенностями данных расстройств являются устойчивые трудности в вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченные повторяющиеся формы поведения, интересов и активности. Согласно официальной статистике США, на данный момент у 1 из 59 детей диагностируется данное состояние, причем этот показатель не зависит от расы, этнической принадлежности и социально-экономического статуса. Аналогичные исследования в Азии, Европе и Северной Америке выявили наличие данного расстройства у 1–2% детей. Причем среди мальчиков данное нарушение

встречается примерно в 4 раза чаще, чем у девочек (1 из 38 мальчиков против 1 из 152 девочек) [58]..

Возможные причины возникновения РАС:

Генетические факторы:

Современные методы молекулярного кариотипирования, применяющие микроматрицы (ArrayCGH), позволили выявить у 88% детей с аутизмом и умственной отсталостью различные геномные аномалии (CNV). Причем более половины из них были несбалансированными, что указывает на значительное влияние генетических факторов.

Эпигенетические факторы:

- Изменения в питании;
- Избыточное содержание антибиотиков, гормонов и пестицидов в продуктах питания, что нарушает микробиом;
- Несогласованный график вакцинации, совпадающий с важными этапами постнатального формирования ЦНС;
- Различные соматические заболевания, оказывающие стрессовое воздействие на организм.

Несмотря на то, что в большинстве случаев используется классификация МКБ-10, ВОЗ и Национальный институт психического здоровья США ведут работу по унификации МКБ-11 и DSM-5. На сегодняшний день DSM-5 является наиболее современным и полным руководством по диагностике РАС, обеспечивая точное описание симптоматики и уровней тяжести данного расстройства [37].

Современные диагностические критерии РАС:

Наука об аутизме стремительно развивается, что приводит к пересмотру классификационных подходов. В предыдущей версии классификации DSM-IV и МКБ-10 РАС рассматривался в рамках «триады аутизма», включающей:

1. Нарушения социального взаимодействия;
2. Проблемы в коммуникации;
3. Ограниченные и стереотипные модели поведения, интересов и активности.

В классификации DSM-5 симптомы РАС сведены к «диаде аутизма»:

А. Дефициты социальной коммуникации и взаимодействия;

В. Повторяющиеся ограниченные паттерны поведения и интересов.

В связи с этим DSM-5 считается наиболее актуальным инструментом для специалистов, предоставляя структурированное описание симптомов и уровней тяжести РАС.

Американская Академия Педиатрии советует проводить скрининг детей на наличие РАС в возрасте 18 и 24 месяцев. В Институте Кеннеди Кригера (США) первые признаки аутизма выявляются у младенцев в возрасте 6 месяцев, а окончательный диагноз ставится уже к 14 месяцам. Среди ключевых диагностических признаков:

- В 6 месяцев: отсутствие улыбки, лепета, зрительного контакта;
- В 12 месяцев: отсутствие указательного жеста, избегание контакта со взрослыми.

В Великобритании национальный план по диагностике аутизма (NAPC) требует постановки диагноза не позднее 30 недель после первых симптомов. В Украине в Клиническом протоколе оказания медицинской помощи детям с нарушениями развития также приводятся критерии диагностики РАС[25]:

- В первый год жизни: повышенный мышечный тонус, отсутствие реакции на родителей, однообразные движения, расстройства сна и аппетита;
- В возрасте 1–3 лет: избегание зрительного контакта, узкий диапазон эмоций, стереотипные движения, повышенная сенсорная чувствительность.

Цели диагностики:

1. Определение уровня развития ребенка;
2. Оценка социальной адаптации;
3. Выбор образовательной стратегии;
4. Разработка программы коррекции.

Ранняя диагностика РАС сложна из-за отсутствия специфических симптомов и лабораторных тестов. В рамках диагностики выделяют:

- Скрининговую диагностику – выявление отклонений без уточнения их глубины;
- Дифференциальную диагностику – определение категории расстройства;
- Феноменологическую диагностику – углубленное изучение психологических особенностей ребенка.

Задачи скрининг-диагностики:

- Раннее выявление детей с отклонениями в развитии;
- Определение спектра психолого-педагогических проблем;
- Анализ качества образовательных программ и условий обучения детей в массовых школах.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие основные цели и задачи характерны для психодиагностики детей с РАС?
2. Какие ведущие причины возникновения расстройств аутистического спектра выделяются в современной науке?
3. Какие актуальные диагностические критерии используются при выявлении РАС?

Темы Рефератов.

1. История психодиагностической работы РАС
2. Диагностические критерии РАС, сформулированные М.Раттером.
3. Параметры наблюдения за ребенком с РАС.

Тест для самопроверки

1. Какие ключевые особенности характерны для расстройств аутистического спектра (РАС)?
 - a) Повышенная тревожность и агрессия
 - b) Проблемы с моторикой и координацией
 - c) Трудности в коммуникации и повторяющиеся формы поведения
 - d) Нарушения памяти и внимания
 - e) Склонность к депрессии
2. Какова распространенность РАС среди детей в США согласно официальной статистике?
 - a) 1 из 100 детей
 - b) 1 из 59 детей
 - c) 1 из 200 детей
 - d) 1 из 30 детей
 - e) 1 из 500 детей
3. Какое соотношение частоты встречаемости РАС между мальчиками и девочками?
 - a) 2:1
 - b) 3:1
 - c) 4:1
 - d) 5:1
 - e) 6:1
4. Какие методы молекулярного исследования позволили выявить генетические аномалии у детей с РАС?
 - a) ПЦР-анализ
 - b) Гистологическое исследование
 - c) Молекулярное кариотипирование с использованием микроматриц (ArrayCGH)
 - d) Электроэнцефалография
 - e) Магнитно-резонансная томография
5. Какой фактор НЕ относится к эпигенетическим причинам РАС?
 - a) Изменения в питании
 - b) Избыточное содержание антибиотиков в пище
 - c) Генетические мутации
 - d) Несогласованный график вакцинации
 - e) Соматические заболевания
6. Какая диагностическая система в настоящее время считается наиболее современной и полной для диагностики РАС?
 - a) МКБ-10
 - b) DSM-5
 - c) DSM-IV
 - d) МКБ-9
 - e) NAPS

7. Чем отличается современный классификационный подход DSM-5 от предыдущих версий?
- а) Добавлена новая категория «Социальный аутизм»
 - б) Исключены критерии диагностики РАС
 - с) Вместо «триады аутизма» введена «диада аутизма»
 - д) Включены только генетические факторы диагностики
 - е) Упразднены категории тяжести
8. В каком возрасте Американская Академия Педиатрии рекомендует проводить скрининг детей на РАС?
- а) 6 и 12 месяцев
 - б) 12 и 18 месяцев
 - с) 18 и 24 месяца
 - д) 24 и 36 месяцев
 - е) 3 и 5 лет
9. Какие признаки могут указывать на РАС у младенца в возрасте 6 месяцев?
- а) Раздражительность и плач
 - б) Проблемы со сном
 - с) Отсутствие улыбки, лепета, зрительного контакта
 - д) Избегание контакта со сверстниками
 - е) Стереотипные движения руками
10. Какая форма диагностики направлена на определение категории расстройства?
- а) Дифференциальная диагностика
 - б) Скрининговая диагностика
 - с) Феноменологическая диагностика
 - д) Функциональная диагностика
 - е) Поведенческая диагностика

2. ЛЕКЦИЯ. Основные подходы, методы и технология проведения психодиагностического обследования (этапы, требования к организации) детей с РАС. Субъекты обследования.

2.1 Основные подходы.

Основной характеристикой психодиагностики является измерительно-испытательная направленность, обеспечивающая как количественную, так и качественную оценку изучаемых психических процессов.

Существует три ключевых психодиагностических подхода, охватывающих весь спектр диагностических методик [22]:

1. **Объективный подход** – диагностика строится на анализе успешности выполнения задач и особенностей деятельности. Этот подход привел к созданию тестов интеллекта, личностных тестов, тестов достижений и тестов способностей.

2. **Субъективный подход** – диагностика осуществляется на основе самоотчетов, описания личности и поведенческих особенностей. Этот подход представлен различными видами опросников, включая личностные, мотивационные, типологические, а также опросники состояния, настроения и анкеты.

3. **Проективный подход** – основан на анализе взаимодействия с нейтральным, слабоструктурированным материалом, что позволяет выявлять бессознательные процессы посредством проекции.

Применение персонализированного диагностического подхода к РАС, учитывающего диагностические критерии МКБ-10, клиническую оценку психиатра, динамику развития, а также системный патопсихологический анализ, позволило провести комплексное изучение пациентов с РАС в рамках детской психиатрии. Такой подход способствует точной диагностике различных форм РАС, что особенно важно для специалистов, включая психиатров и медицинских психологов. Основываясь на диагностических, клинических и патопсихологических данных, формируются индивидуальные маршруты ведения пациентов, что значительно улучшает качество медицинской, образовательной и социальной помощи.

2.2. Основные методы диагностики аутизма у детей

Ключевые методы включают наблюдение (в том числе динамическое) и беседы с родителями. Наиболее эффективным считается сочетание нескольких методов: анкетирование, интервью и наблюдение. Первоначально проводится беседа с родителями, после чего они заполняют анкеты. Эти данные используются для дальнейшего наблюдения за ребенком.

Диагностический процесс включает три этапа:

1. Сбор психологического анамнеза;
2. Оценка эмоционально-волевой сферы;
3. Исследование познавательной сферы.

Дети с РАС первых двух групп (по классификации О. С. Никольской) требуют длительного динамического наблюдения для точной диагностики. На первых двух этапах можно определить лишь тип аутистического дизонтогенеза. Дети третьей группы могут быть обследованы сразу при условии доверительного контакта со специалистом, тогда как диагностика детей четвертой группы может включать все три этапа с самого начала.

При первичном обследовании проводятся беседа, анкетирование, а также специализированные тесты для родителей. Важно также собирать психологический и медицинский анамнез ребенка, включая сведения о протекании беременности и родов, раннем моторном и психоэмоциональном развитии, особенностях детства и имеющихся диагнозах невролога и психиатра.

Дополнительной информацией могут служить продукты деятельности ребенка – рисунки, поделки и прочие творческие работы. Родителям предлагается заполнить анкету дома и предоставить ее на консультации, что позволяет специалистам детализировать полученные данные в ходе беседы [51].

2.3. Технология проведения психодиагностического обследования

Шаг 1. Обнаружение признаков расстройств аутистического спектра (РАС) с использованием скрининговых и диагностических методик ведет к направлению ребенка к психиатру для подтверждения диагноза и разработки стратегии помощи.

Шаг 2. Комплексное неврологическое обследование, включая нейрофизиологический анализ, направлено на выявление органических изменений, эпилептических нарушений, а также специфических паттернов ЭЭГ, характерных для определенных форм психических расстройств. Данное исследование позволяет определить соответствие ЭЭГ возрастным нормам, а также зафиксировать степень и характер отклонений от нормативных показателей. Дополнительно проводится исследование состояния сенсорных систем, что позволяет выявить органические патологии, сенсорные дисфункции и эпилепсию у детей.

Шаг 3. Диагностика синдрома Мартина-Белл (форма умственной отсталости, связанная с ломкой X-хромосомой). Частота встречаемости данной патологии в популяции составляет 1:2500–6000. Ожидается, что среди детей с выраженными интеллектуальными нарушениями и аутизмом не менее 4–6% случаев будут связаны с полной мутацией данного гена.

Шаг 4. Исключение других известных наследственных синдромов. Эта задача возлагается на клинического генетика. При подозрении на наследственные заболевания назначаются дополнительные исследования, включая стандартный метаболический скрининг. В случае возможного синдрома Ретта (у девочек) проводится анализ на мутации гена MeCP2. Итогом данного этапа становится выявление пациентов с различными формами наследственных патологий.

Шаг 5. Диагностика ранее неизвестных форм психических расстройств с использованием молекулярного кариотипирования на ДНК-микрочипах. Применение технологии array CGH повышает выявляемость геномных аномалий и вариаций (CNV – copy number variations) до 70%. Важной частью исследования является биоинформационный анализ полученных данных, направленный на идентификацию генов, мутации которых могут быть связаны с клиническими проявлениями. Это имеет значение не только для профилактики РАС, но и для разработки научно обоснованных методов терапии геномных заболеваний.

Шаг 6. Оценка развития ребенка с РАС с целью создания оптимального образовательного маршрута:

- Исследование сенсорного профиля (изменения фиксируются у 80–90% детей);

- Анализ когнитивного профиля (интеллектуальные нарушения присутствуют у более чем 50% пациентов с РАС);
- Оценка адаптивного поведения (у всех лиц с РАС наблюдается несоответствие возрастным нормам);
- Анализ дезадаптивного поведения (проявляется в разной степени у всех пациентов с РАС).

Диагностика и лечение осуществляются с учетом конституционных прав пациента, включая право на свободу, личную неприкосновенность, достоинство, частную жизнь и защиту персональных данных в соответствии с международными нормами права.

Обследование (психиатрическое освидетельствование) и лечение детей младше 15 лет проводится с согласия родителей или их законных представителей. В отношении подростков 15 лет и старше обследование может осуществляться без их согласия, а также без одобрения родителей в случае, если:

- Существует угроза их жизни или безопасности окружающих;
- Пациент не способен самостоятельно удовлетворять свои базовые жизненные потребности [36].

2.4. Этапы диагностики, шкалы, методы обследования

Рекомендуется пройти обследование на выявление РАС, если у ребенка до 12 месяцев отсутствует гуление и лепет, а также указательный жест; если к 16 месяцам он не начал произносить отдельные слова, если в два года не строит короткие фразы или если теряет ранее приобретенные речевые и социальные навыки, независимо от возраста.

Диагностика расстройств аутистического спектра проходит три этапа [78]:

Первый этап – скрининг. Он представляет собой оперативное выявление особенностей социально-коммуникативного развития ребенка, выделение группы риска среди детей и определение потребности в дальнейшем обследовании. Данный этап основывается на ключевых признаках РАС и не предполагает постановки точного диагноза.

Во всем мире используются стандартизированные скрининговые инструменты, такие как ADOS (экспресс-оценка аутистических проявлений), M-CHAT (модифицированный тест на аутизм для детей раннего возраста), SCQ1 (социально-коммуникативный опросник), а также более детализированное интервью ADI-R. Кроме того, существует анкета для родителей, оценивающая риск возникновения РАС у детей до двух лет.

Поскольку скрининг не является диагностическим инструментом, он может проводиться педиатрами, неврологами, педагогами, психологами, медсестрами и родителями. Американская ассоциация педиатров рекомендует проводить скрининг в возрасте 9, 18 и 24 (30) месяцев, так как это критические периоды развития ребенка. Исследования показывают, что дети, у которых болезнь

проявляется в 16–18 месяцев (период активного апоптоза), имеют более тяжелое течение заболевания.

Второй этап – диагностика и дифференциальная диагностика аутизма, которую проводит врач-психиатр. В процессе обследования собирается объективный и субъективный анамнез на основе медицинской документации, характеристик из детских учреждений, бесед с родственниками и самим ребенком (если его уровень развития позволяет).

Клиническое исследование включает:

- Оценку пространственно-временной ориентировки;
- Уровень речевого развития и способность к коммуникации;
- Грубую и тонкую моторику;
- Способность к анализу, синтезу и установлению логических связей;
- Социальное поведение и адаптацию;
- Когнитивные и эмоциональные особенности;
- Выраженность аутизма, интеллектуальных нарушений и сопутствующих психических расстройств.

Также проводится физикальное обследование, включающее осмотр тела, анализ рефлексов, исследование функций нервной системы и внутренних органов. Дополнительно могут потребоваться консультации специалистов (невролога, офтальмолога, патопсихолога и др.), лабораторные и инструментальные исследования.

Для оценки тяжести аутизма используется шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale), в которой 15 функциональных параметров оцениваются по 4-балльной шкале. Итоговая сумма позволяет определить степень выраженности расстройства.

Третий этап – диагностика развития, проводимая психологами и педагогами. Она направлена на изучение индивидуальных особенностей ребенка, его когнитивных и эмоционально-волевых характеристик.

Особый интерес представляет методика PEP (Psychoeducation Profile), разработанная для оценки детей с РАС. Тест PEP-3 анализирует 7 когнитивных сфер, включая восприятие, моторику, зрительно-двигательную координацию, речь и уровень адаптации. Он также оценивает выраженность аутистических проявлений в пяти сферах: эмоциональные реакции, социальные взаимоотношения, использование предметов, сенсорные особенности и речь.

Психологическое исследование включает оценку интеллекта (метод Векслера), памяти, внимания, мышления, восприятия, эмоций и личности. Дополнительно используются графические методики, моделирование ситуаций, изучение мимики и жестов.

Нейропсихологическая диагностика анализирует высшие психические функции, что помогает определить уровень когнитивного развития и разработать коррекционную программу.

Инструментальные методы диагностики включают электроэнцефалографию (ЭЭГ), позволяющую выявить характерные паттерны мозговой активности при различных формах РАС. Методы нейровизуализации (КТ, МРТ) применяются при необходимости [44].

Биологические маркеры, наряду с клиническими и психологическими данными, играют важную роль в диагностике, подборе терапии и мониторинге состояния пациентов. Современные методики диагностики позволяют не только выявлять РАС на ранних этапах, но и разрабатывать индивидуальные стратегии лечения и коррекции, что повышает эффективность помощи детям с расстройствами аутистического спектра.

2.5 Протокол комплексного клинико-психологического обследования ребенка при подозрении на РАС

В рамках исследований заболеваний детей и подростков при МГППУ был разработан и апробирован комплексный клинико-психологический протокол обследования ребенка при подозрении на РАС. Этот диагностический протокол включает скрининговые методы фиксации поведенческих расстройств, стандартные процедуры для выявления признаков РАС, исследование когнитивных функций, анализ наследственных факторов и семейной истории, а также оценку уровня социальной адаптации и психофизиологических особенностей. Апробация протокола проводилась на выборке из 200 детей с различными когнитивными и коммуникативными нарушениями [22].

Таблица 4. Комплексный клинико-психологический протокол обследования ребенка

Скрининговые методы	Социально-коммуникативный опросник (SCQ)
Общий диагностический протокол для определения риска РАС	Интервью для диагностики аутизма (ADIR) План диагностического обследования при аутизме (ADOS)
Анализ наследственного характера заболевания	Генограмма семьи
Определение уровня когнитивного развития	Батарея тестов Кауфманов (КАВС-II) Психолого-образовательный профиль (РЕР-3).
Определение уровня развития социальной сферы	Шкала адаптивного поведения Вайнленда

1. Скрининговый метод Социально-коммуникативный опросник (SCQ) представляет собой стандартизированный инструмент для заполнения родителями (опекунами) ребенка. Он включает утверждения, описывающие ключевые поведенческие аспекты, характерные для РАС. Заполнение занимает 10-15 минут, а обработка результатов – около 5 минут. Этот метод позволяет быстро выявить детей, находящихся в группе риска по РАС, и может применяться учителями и психологами.

2. Общий диагностический протокол определения риска РАС План диагностического обследования при аутизме (ADOS) представляет собой стандартизированную методику оценки социального поведения, основанную на наблюдении за взаимодействием ребенка. ADOS включает четыре модуля, выбор которых зависит от уровня общего и речевого развития. Оцениваются коммуникативные навыки, социальное взаимодействие, игровая деятельность и стереотипные формы поведения. Продолжительность обследования – 30-45 минут.

Интервью для диагностики аутизма (ADI-R) – полуструктурированное интервью, позволяющее получить полную информацию о развитии ребенка и его текущем поведении. Интервью проводится с родителями или воспитателями. Методика применима к детям с ментальным возрастом старше 2 лет, так как в ином случае ее надежность снижается. Продолжительность интервью – 1,5-2,5 часа.

3. Анализ наследственной предрасположенности Генограмма семьи используется для выявления наследственных факторов РАС. В ходе составления генограммы особое внимание уделяется психическому и физическому состоянию членов расширенной семьи.

4. Оценка когнитивного развития Психолого-образовательный профиль (PEP-3) предназначен для оценки уровня когнитивных и коммуникативных возможностей детей с нарушениями. Методика включает шкалы оценки вербального и невербального интеллекта, моторных навыков и имитационного поведения.

Тест на интеллект КАВС-II (Kaufman Assessment Battery for Children, 2nd edit.) предназначен для оценки интеллектуального развития детей от 3 до 18 лет. Он включает шкалы сукцессивной и симультанной обработки информации, невербального интеллекта и академических достижений. В связи с отсутствием русскоязычной адаптации рекомендуется использовать только шкалы невербального интеллекта.

5. Оценка социальной адаптации Шкала адаптивного поведения Вайнеленд оценивает четыре основные сферы: коммуникацию, повседневные навыки, социализацию и моторику. Методика также включает шкалу дезадаптации. Итоговый профиль адаптации позволяет определить сильные и слабые стороны ребенка и квалифицировать его уровень адаптации.

Алгоритм диагностического протокола [31]:

1. **Первичный этап** – беседа с родителями, сбор анамнеза, обсуждение родительского запроса, анализ ранее проведенных обследований.

2. **Комплексное психологическое обследование** – выявление выраженности аутистических расстройств, определение когнитивного возраста и уровня адаптивных навыков.

3. **Нейрофизиологическое исследование** – анализ органических изменений, выявление эпилептических нарушений и отклонений ЭЭГ.

4. **Коллегиальное обсуждение** – оценка предварительных результатов, решение о необходимости дополнительных консультаций (генетика, невролога, психиатра).

5. **Консультация родителей** – разъяснение результатов обследования, рекомендации по дальнейшим шагам.

6. **Повторный прием** – оценка динамики развития и эффективности медицинских и коррекционных мероприятий.

7. **Разработка индивидуального образовательного маршрута** – определение стратегии обучения и социальной адаптации ребенка.

Результаты апробации показали высокую эффективность данного протокола в оптимизации диагностики детей с РАС. Важным шагом в диагностическом процессе является проведение полномасштабного генетического тестирования, которое позволит разработать персонализированные подходы к лечению, образовательным стратегиям и пренатальной диагностике.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие психодиагностические подходы применяются в диагностике РАС?
2. Какие методы диагностики аутизма у детей наиболее распространены и информативны?
3. Каким может быть пример анкеты для родителей: «Представление о нарушениях в развитии у ребенка»?
4. Какой алгоритм психолого-педагогической диагностики используется при работе с детьми с РАС?
5. Заполните лист наблюдения диагностики детей с РАС (приложение А).
6. Заполните схему наблюдения за ребенком с РДА (приложение Б)

Темы Рефератов.

1. Диагностические критерии детского аутизма (синдром Каннера)
2. Диагностические критерии атипичного аутизма
3. Диагностические критерии синдрома Ретта
4. Диагностические критерии синдрома Аспергера.
5. Содержание психолого-педагогического обследования ребенка с РАС.
6. Методики диагностики РАС

Тест для самопроверки

1. Какая основная характеристика психодиагностики?
 - a) Применение только количественных методов
 - b) Использование исключительно субъективного анализа
 - c) Измерительно-испытательная направленность, обеспечивающая как количественную, так и качественную оценку
 - d) Проведение исключительно проективных тестов
 - e) Фокус только на клинической диагностике
2. Какой из перечисленных методов относится к объективному подходу в психодиагностике?
 - a) Опросники мотивации
 - b) Личностные опросники
 - c) Тесты проективного типа
 - d) Тесты интеллекта
 - e) Оценка эмоционального состояния
3. Что является ключевым аспектом субъективного подхода?
 - a) Оценка на основе успешности выполнения задач
 - b) Использование только проективных методик
 - c) Самоотчет и описание личности
 - d) Анализ когнитивного профиля
 - e) Проведение сенсорного тестирования
4. Какой диагностический этап является первым при обследовании детей с РАС?
 - a) Дифференциальная диагностика
 - b) Клинический осмотр
 - c) Скрининг
 - d) Генетическое исследование
 - e) Оценка социальной адаптации
5. Какой тест НЕ относится к скрининговым инструментам для диагностики РАС?
 - a) ADOS
 - b) M-CHAT
 - c) SCQ1
 - d) PEP-3
 - e) ADI-R
6. На каком этапе диагностики проводится оценка пространственно-временной ориентировки?
 - a) Первый этап (скрининг)
 - b) Второй этап (дифференциальная диагностика)
 - c) Третий этап (диагностика развития)
 - d) Этап неврологического обследования
 - e) Генетическое тестирование

7. Какой процент детей с РАС имеет интеллектуальные нарушения?
- a) 10%
 - b) 25%
 - c) Более 50%
 - d) 75%
 - e) 100%
8. Какой метод применяется для диагностики синдрома Мартина-Белл?
- a) Нейропсихологическое тестирование
 - b) Электроэнцефалография (ЭЭГ)
 - c) Анализ на мутации гена FMR1
 - d) Опросники родителей
 - e) Исследование сенсорного профиля
9. Какое требование предъявляется к диагностике детей младше 15 лет?
- a) Она проводится только с согласия подростка
 - b) Может проводиться без согласия родителей
 - c) Требуется согласие родителей или законных представителей
 - d) Не требуется никакого согласия
 - e) Проводится исключительно в стационаре
10. Какой метод НЕ используется для оценки тяжести аутизма?
- a) Шкала CARS
 - b) Метод PER-3
 - c) ADOS
 - d) Метод Векслера
 - e) SCQ1

Лист наблюдения

Ф.И.О. ребенка

Ф.И.О. педагога-психолога

Дата

1. Характер нарушений ЭВС и коммуникативной сферы	да-1; нет-0.
1.1 Перепады настроения (эмоциональная лабильность)	
1.2 Гиперподвижность, возбудимость	
1.3 Агрессивность (вербальная)	
1.4 Агрессивность (физическая)	
1.5 Аутоагрессия (вербальная или физическая)	
1.6 Избегание тактильного контакта	
1.7 Избегание визуального контакта или аномальный стиль визуального контакта	
1.8 Необычные мимические движения	
1.9 Характерны повторяющиеся движения	
1.10 Не способен выстроить отношения со сверстниками	
1.11 Не понимает идеи командного взаимодействия	
2. Речевая деятельность .	
2.1 Не понимает/не всегда понимает инструкцию	
2.2 Не отвечает на собственное имя	
2.3 Характерны необычные, часто повторяющиеся звуки	
2.4 Не произносит фразу из 2 слов и более	
2.5 Не осознает произнесенное	
. Учебная деятельность	
3.1 Не соблюдает правила распорядка, дисциплину	
3.2 Не содержит в порядке учебные принадлежности	
3.3 Не способен трудиться самостоятельно	
3.4 Не соблюдает личную гигиену	
3.5 Быстро устает на занятиях	
3.6 Тяжело переключается с одного вида деятельности на другой	
3.7 Не принимает помощь со стороны	

Схема наблюдения за ребенком с РДА

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.

(В итоге, например, сочетание грациозности движений и широкого охвата пространства, амимичного застывшего лица и бездействующих рук заставит нас предположить, что данный случай относится к первой группе.)

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. (Подавленно терпеть дольше всех будет ребенок четвертой группы, с криком потащит маму за руку к выходу ребенок второй группы, а стремиться быть рядом и слышать, что говорит мама, возбуждаться ее жалобами, активно вмешиваться и с энтузиазмом развивать неприятные темы станет, скорее всего, ребенок третьей группы).

- 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

Предлагаются общепринятые методики исследования познавательной деятельности соответственно возрасту и возможностям ребенка. Наблюдают:

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», «Доска Сегена» (в-1) и задания, требующие ориентировки на образец, соблюдения условий, поэтапного планирования, выполнения и контроля («Конструирование по образцу», «Разрезные картинки», методика Когана, Кубики Кооса и пр.). Потому как ребенок справляется со вторым типом заданий можно судить об уровне сформированности произвольной регуляции деятельности, целенаправленности и критичности мышления.

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

У детей 6-10 лет, исследуется наглядно-образное мышление, целостность восприятия, зрительно-пространственное восприятие, словесно-логическое мышление; уровень обобщений, способность к абстрагированию и отвлечению, целенаправленность и критичность мышления (пробы «Исключение предмета», «Классификация», «Серия сюжетных картинок», «Понимание текста, метафорических выражений»).

Особенности речи:

- мутизм,

- эхолалии непосредственные, отставленные;

-автономность речи;

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

- отдельные вокализации, звукосочетания, слова, фразы, слова-штампы, фразы-штампы;

- использует ли речь как средство общения;
- в каких ситуациях появляются вокализации, речь, речевые штампы, что они означают;
- своеобразное интонирование, нарушение просодических компонентов речи;
- неправильное использование личных местоимений;
- использование глаголов в инфинитиве, повелительном наклонении;
- нарушения звукопроизношения, семантики, грамматического строя, несформированность связной речи;

3.ЛЕКЦИЯ Ранний скрининг детей с РАС. Выявление группы рисков

3.1. Своевременное начало помощи

Процесс может проходить последовательно, когда сначала проводится диагностика, а затем оказывается ранняя помощь, либо параллельно, когда диагностика и помощь осуществляются одновременно, либо в обратном порядке, когда сначала начинается ранняя помощь, а затем проводится диагностика [62].

Таблица 5. Этапы ранней помощи

Этапы ранней помощи	Диагностические мероприятия
Выявление беспокойства о развитии ребенка	Динамическое наблюдение за развитием ребенка – педиатрическая служба
Этап первичной оценки (подтверждение или отклонение беспокойства)	Скрининг - служба ранней помощи
Этап оценки	Дифференциальная диагностика и отнесение ребенка к диагностической группе
Этап оценки	Углубленная оценка – описание поведения ребенка для построения программы
Этап реализации индивидуальной помощи	Мониторинг достижений

3.2. Выявление детей группы риска

В выявлении детей, относящихся к группе риска, принимают участие медицинские специалисты, включая педиатров, неврологов и медицинских психологов, специалисты дошкольных образовательных учреждений, службы ранней помощи, а также родители. Для диагностики используются инструменты, основанные на «красных флажках», такие как опросники для родителей, методические указания для специалистов и информационные материалы. В результате выявляется степень обоснованности тревожных сигналов, связанных с РАС, осуществляется направление на специализированное обследование, а также выявляются особенности развития, не относящиеся к аутистическому спектру.

Красными флажками РАС у детей в возрасте от одного до трех лет являются отсутствие указательного жеста к первому году жизни, отсутствие лепета, отсутствие демонстрации предметов взрослому, неприменение жестов, отсутствие радости от общения, повторяющиеся движения, отсутствие или кратковременный зрительный контакт, отсутствие следования за указательным

жестом взрослого, повышенный интерес к предметам вместо людей, ограниченный способ игры с игрушками, отсутствие копирования действий взрослых и отсутствие реакции на собственное имя. Для диагностики применяется модифицированная версия опросника М-СНАТ-R.

Диагностика РАС

В процессе диагностики участвуют психиатры, которые ставят клинический диагноз, а также специалисты психолого-педагогического профиля, определяющие диагностическую группу и профиль развития. Основными инструментами являются стандартизированные методы наблюдения и сбора информации. В результате диагностики устанавливается клинический диагноз, определяется диагностическая группа и формируются заключения на основе стандартизированных методов.

Диагностические категории включают клинический диагноз «аутизм», который устанавливается психиатром, а также диагностическую группу «спектр аутизма», определяемую педиатром, неврологом, психологом, дефектологом, логопедом и другими специалистами. Диагностическая группа формируется на основе истории развития, состояния ребенка в настоящее время и непосредственного наблюдения. В области социального общения должны быть нарушения по всем критериям, включая социально-эмоциональную взаимность, невербальные формы общения и установление социальных отношений. В области ограниченных интересов и повторяющихся форм поведения должны присутствовать нарушения как минимум по двум критериям, таким как стереотипные движения и речь, ритуализированное поведение, узкие и фиксированные интересы, а также аномальные сенсорные реакции.

Описание поведения и углубленная оценка развития

В этом процессе участвуют специалисты психолого-педагогического профиля, использующие стандартизированные методы наблюдения и Международную классификацию функционирования. В результате формируются структурированные описания, учитывающие планируемое вмешательство, и создается индивидуальная программа ранней помощи. Профиль развития включает оценку развития речи и коммуникации, социального взаимодействия, игровых навыков, моторного развития, контроля и исполнительных функций, а также нежелательных форм поведения.

Диагностический маршрут при РАС включает три этапа. На первом этапе осуществляется выявление группы риска на основе «красных флажков». На втором этапе проводится диагностика РАС, включающая постановку клинического диагноза и уточнение диагностической группы. На третьем этапе осуществляется описание особенностей поведения с использованием Денверской модели раннего вмешательства и Международной классификации функционирования [59].

Основные сложности, связанные с выявлением РАС, включают недостаточную осведомленность специалистов, ограничения межведомственного взаимодействия, вызывающие затруднения в направлении на диагностику, а также длительный период неопределенности, который тревожит родителей. В процессе диагностики доступ к помощи психиатра возможен только после трех лет, что может откладывать начало помощи. Кроме того, не все стандартизированные методы оценки интеллекта, речи и адаптации учитывают особенности детей с РАС. Углубленная оценка затруднена высокой трудоемкостью детального описания и интерпретации результатов, а также отсутствием разработанных программ для проведения комплексной оценки.

3.3. Раннее выявление детей с РАС

Практический опыт работы с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, показывает, что чем раньше начинается коррекционная помощь, тем выше ее эффективность. Обнаружение признаков аутизма на ранних стадиях позволяет своевременно предоставить ребенку специализированную поддержку, способствуя его социальной адаптации и успешной реабилитации.

Необходимость развития системы ранней помощи детям с РАС обусловлена несколькими ключевыми факторами. К ним относятся высокая распространенность расстройства, сложности его дифференциальной диагностики из-за разнообразия клинических проявлений, а также ограниченная эффективность существующих методов коррекции. Раннее выявление РАС – это фундаментальный шаг для своевременного начала психолого-педагогической и лечебно-коррекционной работы, а также поддержки семьи, осуществляемой специалистами службы ранней помощи, включая психологов, дефектологов, логопедов, детских психиатров, неврологов и педиатров.

Несмотря на растущую потребность в эффективных методах ранней диагностики РАС, в отечественной практике наблюдается недостаток соответствующих инструментов. Это связано с рядом причин. Во-первых, симптомы аутизма в раннем возрасте проявляются в неспецифической форме, схожей с другими нарушениями развития. Во-вторых, стереотипные формы поведения могут встречаться у детей с нормальным развитием, варьируясь по выраженности и времени появления. В-третьих, многие признаки аутизма совпадают с проявлениями других отклонений, что затрудняет постановку точного диагноза. В связи с этим достоверная диагностика РАС чаще всего становится возможной только к 3–4 годам.

Зарубежный опыт ранней диагностики показывает целесообразность разделения процесса выявления детей с РАС на три этапа. Первый этап представляет собой популяционный скрининг, основанный на опросниках, анкетах и тестах, заполняемых родителями или лицами, ухаживающими за ребенком. На данном этапе выявляются дети, имеющие повышенный риск

развития аутизма. Одним из наиболее чувствительных инструментов является «Модифицированный скрининговый тест на аутизм у детей раннего возраста», включающий 23 вопроса для родителей и предназначенный для максимального охвата детей, подверженных риску РАС.

Второй этап – это фокусированный (направленный) скрининг, который проводится среди детей с ранее выявленными нарушениями развития. Диагностика основывается на трех ключевых критериях: нарушении коммуникации, нарушении социального взаимодействия и нарушении социального воображения. По итогам этого этапа формируется группа детей с повышенной вероятностью наличия РАС, что позволяет начать целенаправленную коррекционную работу.

Третий этап – установление диагноза. Основными задачами этого этапа являются определение уровня развития психических функций, уточнение поведенческих особенностей, подтверждение диагноза (обычно после трех лет), а также оказание социально-психологической поддержки семье. На этом же этапе разрабатываются программы психолого-педагогической коррекции, при необходимости назначается медикаментозное лечение [52].

Основным методом диагностики раннего детского аутизма является динамическое наблюдение за поведением ребенка, проводимое как в непосредственной, так и в опосредованной форме через опрос ближайшего окружения. Помимо этого, проводится комплексное обследование, включающее психологическую, физическую, неврологическую и другие оценки.

В Казахстане система раннего выявления и сопровождения детей с РАС находится на стадии становления. Одним из приоритетных направлений является выявление детей из группы риска в рамках системы ранней помощи и дошкольного образования. При этом каждая работа с ребенком требует индивидуального реабилитационного маршрута, построенного с учетом множества факторов. К ним относятся степень выраженности расстройства, адаптационные способности, наличие сопутствующих нарушений, особенности семейной ситуации, а также ресурсы образовательного учреждения. Такой комплексный подход обеспечивает наиболее эффективную поддержку детей с РАС на ранних этапах их развития.

3.4. Выявление детей с риском аутизма в организациях здравоохранения и образования.

Выявление детей, находящихся в группе риска по развитию аутизма, должно проводиться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, входящих в систему здравоохранения. К ним относятся детские поликлиники, амбулатории семейных врачей и фельдшерско-акушерские пункты. В данных учреждениях осуществляется скрининг психофизического развития всех детей в

возрасте от рождения до трех лет. Определить возможный риск возникновения аутизма могут участковые педиатры либо неврологи.

Кроме того, выявление детей с подозрением на аутизм возможно в дошкольных образовательных учреждениях, а также в психолого-медико-педагогических консультациях. Родители, обеспокоенные особенностями психического развития ребенка, могут обращаться в данные учреждения в возрасте от рождения до 18 лет.

Для диагностики детей с возможным риском аутизма следует применять следующий алгоритм [22].

1. Все дети в возрасте от рождения до семи лет, чьи родители обратились за медицинской или психолого-педагогической помощью по одной из перечисленных ниже причин, должны пройти скрининговое обследование. Кроме того, обследованию подлежат дети, у которых воспитатели или психологи детских садов выявляют следующие особенности поведения и развития:

- нарушение или задержка речевого развития: отсутствие реакции на речь, игнорирование имени, отсутствие речи или использование отдельных слов без их коммуникативной функции (в первую очередь следует исключить проблемы со слухом);
- слабый эмоциональный отклик на окружающих, равнодушие или, напротив, чрезмерная привязанность к близким;
- игнорирование речи взрослых, отказ выполнять просьбы и требования, непринятие правил поведения;
- чрезмерная подвижность, несговорчивость, отсутствие интереса к совместным действиям;
- трудности в общении, отсутствие желания взаимодействовать со сверстниками, склонность к одиночным играм;
- приверженность однотипным действиям, устойчивым привычкам в питании, одежде, распорядке дня, неприятие любых изменений в окружающей обстановке;
- необычные формы игр, ограниченность интересов, повторяющиеся стереотипные действия;
- сложности в освоении навыков самообслуживания и социальных норм поведения;
- устойчивые и необычные страхи.

2. Педиатр, невролог или психолог проводят беседу с матерью ребенка и осуществляют обследование для выявления возможных признаков аутизма.

3. Для определения степени риска развития расстройства у ребенка предлагается анкетирование родителей. Им необходимо заполнить специальный опросник, в котором за каждый утвердительный ответ начисляется один балл, а за отрицательный – ноль. После подсчета суммарного количества баллов проводится оценка вероятности наличия аутизма.

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

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.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие этапы включает ранняя помощь детям с РАС и какие диагностические мероприятия проводятся?
2. Какие «красные флажки» указывают на возможные РАС у детей от 1 до 3 лет?
3. Каковы ключевые этапы диагностического маршрута при подозрении на РАС?
4. Насколько актуальна система раннего скрининга аутизма в современных условиях?
5. Какие этапы включает ранняя диагностика РАС?
6. Как осуществляется выявление детей с риском аутизма в системе здравоохранения и образования?
7. Какие примеры анкетирования родителей используются для выявления риска РАС и каковы их характеристики?
8. Какие направления психолого-педагогической работы включаются в диагностику детей с РАС?
9. Составьте таблицу, отражающую все направления психолого-педагогической диагностики.

Темы Рефератов.

1. Этапы диагностики: скрининг-диагностика: методики.
2. Шкалы оценки выраженности детского аутизма.
3. Эмоциональная сфера детей-аутистов.
4. Оказание педагогической помощи при аутизме в США и странах Европы: опыт и динамика.
5. Лечебное воспитание как основной вид помощи при аутизме.
6. Социальная поддержка государства при аутизме: опыт социальных программ в Казахстане и за рубежом.

Тест для самопроверки:

1. Как может проходить процесс ранней помощи и диагностики?
 - a) Только последовательно
 - b) Только параллельно
 - c) Только в обратном порядке
 - d) Последовательно, параллельно или в обратном порядке
 - e) Ни один из вариантов
2. Кто проводит динамическое наблюдение за развитием ребенка на этапе выявления беспокойства?
 - a) Психиатры
 - b) Логопеды
 - c) Специалисты службы ранней помощи
 - d) Педиатрическая служба
 - e) Родители
3. Какой инструмент используется для диагностики РАС у детей от одного до трех лет?
 - a) Векслеровский тест
 - b) М-СНАТ-R
 - c) Методика ТОМ
 - d) Визуально-слуховой тест
 - e) Диагностический опросник IQ
4. Кто ставит клинический диагноз «аутизм»?
 - a) Психиатр
 - b) Педиатр
 - c) Логопед
 - d) Дефектолог
 - e) Родители
5. Какой критерий не относится к «красным флажкам» РАС?
 - a) Отсутствие лепета
 - b) Отсутствие указательного жеста
 - c) Ограниченный способ игры с игрушками
 - d) Чрезмерная активность и болтливость
 - e) Отсутствие реакции на имя
6. Какой основной метод используется для диагностики раннего детского аутизма?
 - a) Динамическое наблюдение за поведением ребенка
 - b) Компьютерная томография мозга
 - c) Генетический анализ
 - d) Тестирование IQ
 - e) Анкетирование родителей без дополнительных наблюдений
7. На каком этапе диагностического маршрута при РАС устанавливается клинический диагноз?

- a) Первом
 - b) Втором
 - c) Третьем
 - d) После 7 лет
 - e) До 1 года
8. Какой этап диагностики РАС включает уточнение поведенческих особенностей ребенка?
- a) Первичный скрининг
 - b) Первичное выявление беспокойства
 - c) Углубленная оценка
 - d) Этап формирования индивидуальной программы
 - e) Завершение диагностики
9. В каком возрасте обычно становится возможной достоверная диагностика РАС?
- a) До года
 - b) 1-2 года
 - c) 3-4 года
 - d) 5-6 лет
 - e) После 7 лет
10. Какой специалист НЕ участвует в диагностике РАС?
- a) Педиатр
 - b) Невролог
 - c) Хирург
 - d) Психолог
 - e) Логопед

4. ЛЕКЦИЯ. Диагностика РАС: постановка и уточнение диагноза. Дифференциальная диагностика.

4.1. Диагностика развития детей с РАС

Углубленная оценка развития включает описание функционирования ребенка с учетом его индивидуальных особенностей. В процессе оценки анализируются коммуникативные аспекты, социальные навыки, особенности познавательного развития, в том числе способность к имитации. Учитываются индивидуальные предпочтения, включая сенсорные реакции, а также особенности игровой деятельности. Значительное внимание уделяется адаптивным навыкам, включая исполнительные функции и проявления нежелательного поведения.

Процедура углубленной оценки проводится междисциплинарной командой специалистов, работающих с ребенком. В оценке участвуют специалисты

психолого-педагогического профиля, которые используют стандартизированные методы наблюдения и сбора информации.

Результаты оценки включают структурированное описание развития ребенка с учетом планируемого вмешательства. Формулируются функциональные цели, направленные на поддержку его развития. Определяются актуальные задачи для семьи, а также составляется и согласовывается индивидуальная программа ранней помощи, что фиксируется в соответствующей документации.

Диагностика проводится в нескольких направлениях. Первичный этап включает экспресс-диагностику, направленную на выявление вероятности аутистических нарушений с помощью скрининговых тестов. Окончательный диагноз может быть установлен только врачом-детским психиатром в рамках клинической диагностики. Проводится также диагностика развития, в ходе которой оценивается динамика психического развития ребенка, уровень его когнитивных и эмоциональных способностей, коммуникативные возможности и уровень социализации.

Специалисты психолого-медико-педагогической комиссии совместно составляют заключение, которое фиксируется в индивидуальной карте динамического обследования. В рамках этой работы формируется стратегия сопровождения ребенка. Создается комплексный план коррекционно-развивающей работы, определяющий задачи для специалистов и родителей, принимающих активное участие в образовательном процессе.

Реализация индивидуального образовательного маршрута включает проведение коррекционно-развивающих мероприятий. Работа специалистов требует согласованности и взаимодействия педагогов-психологов, дефектологов, логопедов и других профессионалов. Проводятся промежуточная и итоговая диагностика, позволяющая оценить динамику развития ребенка.

Повторное диагностическое обследование направлено на уточнение прогноза развития, корректировку образовательного маршрута и программы коррекционной работы. Родители знакомятся с результатами диагностики, обсуждают с экспертами динамику развития ребенка и дальнейшие шаги в сопровождении.

На заключительном этапе анализируется эффективность реализованных мероприятий. Итоги диагностики позволяют оценить результаты работы специалистов образовательного учреждения и определить необходимость дальнейших мер по поддержке и развитию ребенка с особыми потребностями.



Рисунок 2. Структура углубленной оценки развития.

4.2. Постановка и уточнение диагноза.

Необходимо создать благоприятные условия для обследования ребенка с аутизмом [11]:

- В обстановке обследования не должно быть предметов, которые могут пугать или чрезмерно волновать ребенка. Во время первой встречи, сбора анамнестических сведений, необходимо уточнить у родителей, чего боится ребенок (незнакомых людей, новых или специфических предметов, например, пушистых игрушек, механических устройств и т. д.). Рекомендуются избегать ношения медицинской формы. Все специалисты должны разместиться незаметно по углам комнаты.
- Обследование проводится при хорошем самочувствии ребенка и его положительном эмоциональном состоянии. Если ребенок болен, голоден, хочет спать или отказывается вступать в контакт, обследование лучше перенести. Принуждение к выполнению просьб недопустимо.
- Помещение для обследования должно быть просторным, чтобы ребенок мог свободно перемещаться. В разных местах можно разместить предметы и игрушки, интересные детям с аутизмом: волчки, мячи, кубики, игрушки с сенсорным эффектом, веревочки, сыпучие материалы и т. д. Также должны быть доступны стандартные игрушки: машины, куклы, пирамидки, посуда, мебель.
- При первой встрече с ребенком не следует вступать в прямой контакт (вербальный или игровой). Не рекомендуется задавать вопросы,

заглядывать в глаза, прикасаться к ребенку. Важно создать условия, в которых ребенок почувствует себя комфортно и безопасно, а требования не будут превышать его возможностей.

- Во время первого обследования оцениваются не количественные показатели развития, а качественные характеристики поведения, позволяющие понять уровень аффективного взаимодействия ребенка с миром и степень его аффективного развития.

Обследование начинается с беседы с родителями, предоставляя им возможность самим решать, как действовать с ребенком. Их поведение может стать предметом диагностического анализа. Если ребенок не проявляет активности, можно предложить родителям пройти к игрушкам и начать совместные действия.

Во время беседы с родителями оценивается самостоятельная активность ребенка. Важно обратить внимание на его общее поведение, мимику, координацию движений, способ перемещения по комнате, ловкость рук. Также необходимо оценить его реакцию на окружающий мир: спокойно ли он входит в новое помещение, меняется ли его поведение, требуется ли ему тактильный контакт с матерью, берет ли он предметы, интересуется ли общением с окружающими.

Следует изучить особенности глазного и тактильного контакта, ориентированность ребенка на лицо и голос собеседника, его реакцию на речь. Важно выяснить, изменяется ли его поведение при разговоре родителей, усиливается ли вокализация.

В младшем возрасте дети с наиболее глубокими формами аутизма могут производить впечатление благополучия. Они спокойно воспринимают тактильный контакт, улыбаются, идут на руки, но их контакт носит поверхностный характер. Отсутствие направленного взгляда, реактивного внимания и целенаправленного взаимодействия отличает детей с тяжелыми формами аутизма.

Наблюдение позволяет выявить, как ребенок реагирует на отвлечение матери посторонними людьми. Проявляет ли он беспокойство, стремится ли увести ее, вмешивается ли в беседу. Разные группы детей демонстрируют различные реакции: от пассивного терпения до активного протеста.

После наблюдения за спонтанным поведением ребенка специалист начинает постепенное установление контакта. Первоначально сокращается дистанция, избегается прямой взгляд. Взрослый копирует действия ребенка, что позволяет ему почувствовать себя комфортно. Признаками установления контакта являются сокращение дистанции, наблюдение за действиями взрослого, вокализации, движения, выражающие удовольствие.

Далее специалист может заняться интересными процессуальными действиями с игрушками: катать мяч, складывать пирамиду, строить башню из

кубиков. Важно следить за реакцией ребенка, избегать внезапных действий, не усиливать тревожность.

Игровые взаимодействия организуются ненавязчиво, без принуждения. Дети могут контролировать длительность контакта, отходить, возвращаться к взрослому, инициировать общение. Полезно использовать крупный физиологический мяч для тактильной стимуляции и установления игрового контакта.

Если ребенок готов к сотрудничеству, его можно усадить за стол и предложить традиционные методики исследования познавательной деятельности. Специалисты постепенно включаются в процесс. По мере привыкания ребенка к ситуации проводится логопедическое и неврологическое обследование.

Некоторые дети с аутизмом легко привлекаются к выполнению заданий, другие категорически отказываются вступать в контакт. В таких случаях рекомендуется повторная встреча. Иногда на втором обследовании ребенок проявляет большую активность, так как ситуация становится для него знакомой.

В случаях тяжелого аутизма, умственной отсталости или невозможности контакта диагностика осуществляется на основе анализа медицинской документации, информации от родителей и наблюдения за ребенком.

Для изучения привязанности и детско-родительских отношений применяется тест «Незнакомая ситуация» М. Айнсворт. Он проводится для выявления ограниченности привязанности у детей с аутизмом. Однако его не следует применять у детей с выраженной симбиотической связью с матерью, чтобы избежать психологической травмы.

Заключение психолога включает анализ особенностей вступления ребенка в контакт. Оценивается его отношение к окружающим, реакция на незнакомых людей, особенности взаимодействия на различных уровнях коммуникативной активности. Анализируется зрительный, тактильный, эмоциональный и игровой контакт, а также используемые средства общения, включая вербальные и паралингвистические.

Активность ребенка оценивается по наличию интереса к окружающему миру, предметам, игрушкам, предлагаемым заданиям и взаимодействию с людьми. Учитывается устойчивость интереса или его кратковременность, а также склонность к быстрому пресыщению.

Характер эмоциональных реакций анализируется с точки зрения их адекватности ситуации, выразительности, разнообразия, дифференцированности и мотивированности. При необходимости фиксируется общий фон настроения, включая его повышение или подавленность.

Оцениваются особенности психической деятельности и поведения. Анализируются гиперактивность, расторможенность, пассивность, заторможенность, отвлекаемость и пресыщаемость. Рассматривается свобода передвижения в пространстве, особенности моторики, наличие двигательных

стереотипий. Внешняя сторона речи изучается на предмет эхолалий, речевых штампов и просодических нарушений.

При обследовании дошкольников уделяется внимание особенностям предметной и игровой деятельности. Проводится анализ познавательной активности на основе выполнения диагностических методик, оцениваются операционная, динамическая и мотивационная стороны мышления, критичность суждений, способность к обучению и логическому переносу.

Описание ведущего нарушения включает анализ особенностей коммуникативной, эмоционально-волевой сфер и социального развития. Рассматриваются нарушения взаимодействия с близкими и незнакомыми людьми, проблемы социальной адаптации, эмоциональные расстройства и психопатологические проявления. Оцениваются способы аутистической защиты и компенсации.

Заключение должно быть четким, лаконичным и обобщающим результаты обследования. В него включаются рекомендации по дальнейшей работе с ребенком. Подготовка психолога к обследованию требует продуманного планирования и подбора диагностических материалов.

Существуют разработанные учеными схемы составления заключений, которые используются в практике специалистов психолого-медико-педагогической службы и образовательных учреждений.

4.3. Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика расстройства детского аутизма (РДА) и нарушений слуха [9].

Общие признаки: отсутствие реакции на собственное имя, игнорирование обращенной речи, неспособность следовать указаниям взрослого, отсутствие концентрации на взаимодействии. Экспрессивная речь не развита. При наличии звукосочетаний или отдельных элементов речи они нечеткие, плохо модулированы, с нарушениями артикуляции и грамматического строя.

Таблица 6. Дифференциальная диагностика расстройства детского аутизма (РДА) и нарушений слуха

РДА	Нарушения слуха
1. Непостоянство реакции на различные звуковые раздражители разной громкости, в том числе речевые.	Постоянный порог слуховой чувствительности

2. Парадоксальные реакции на звуки: игнорирование громких, обостренная реакция на тихие звуки. Сенсорная ранимость.	Отсутствие или постоянство реакций на звуки определенной громкости
3. Стремление к звуковой аутоstimуляции: сминанию и разрыванию бумаги, шуршанию целлофановыми пакетами, Гиперпатическая отрицательная реакция на музыку или ранняя любовь к музыке. хороший музыкальный слух.	Отсутствует
4. Отсутствует коммуникативная направленность поведения ребенка.	Коммуникативная направленность поведения: стремится к общению, вглядывается в лицо, ориентируется на мимику, артикуляцию партнера по общению.
5. Отсутствие или значительное ограничение невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, движений.	Активное использование невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, движений.

Дифференциальная диагностика РДА и речевых нарушений [10].

Сходства: трудности речевого взаимодействия, речевой негативизм, неконтактность, что может быть ошибочно принято за аутичные расстройства, особенно у детей с алалией, испытывающих трудности в незнакомых ситуациях. Возможны затруднения в понимании инструкций, нечёткость произношения, запинки, аграмматизмы, сложности в построении фраз.

При сенсорной алалии и РДА наблюдается нестабильность реакций на звуковые раздражители разной интенсивности. Тихая, спокойная речь воспринимается лучше громкой, крика. В тяжелых случаях ребенок не понимает обращенную речь, не реагирует на звуки, в том числе на собственное имя, не различает речь и неречевые шумы. Проявляется гиперчувствительность к звукам, обычно незначимым для окружающих (например, шуршание бумаги, звук капающей воды).

Отмечаются эхολалии, логоррея – механическое повторение известных слов и фраз. Речь при сенсорной алалии настолько искажена, что не может быть использована для общения. Она не выполняет функцию регуляции поведения.

Поведенческие особенности: двигательное беспокойство, хаотичность, импульсивность, высокая отвлекаемость и истощаемость. В более старшем возрасте – буквальное восприятие речи, затруднения в понимании грамматических конструкций, абстрактных понятий, символической речи. В экспрессивной речи – сложности с развернутыми высказываниями, стремление использовать устойчивые штампы и стереотипные фразы.

Таблица 7. Дифференциальная диагностика РДА и речевых нарушений

Нарушения речи	РДА
1. Сохранена коммуникативная направленность поведения: стремится к общению, вглядывается в лицо.	Отсутствует коммуникативная направленность поведения ребенка.
2. Активное использование невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, движений.	Отсутствие или значительное ограничение невербальных средств общения: выразительной мимики, жестов, движений.
3. Моторный алалик лишь постепенно усваивает речевые конструкции от самых простых к более сложным	Мутичный ребенок иногда может произвольно произносить не только слова, но даже сложные фразы.
4. Может иногда адекватно воспринимать и учитывать в поведении относительно сложную информацию, полученную из речевого сообщения, обращенного к другому человеку. Обнаруживает хорошее понимание текстов книг, радиообщений.	Сенсорный алалик понимает речь окружающих, только в многократно отработанной знакомой ситуации.
5. Речевые нарушения возникают при попытке ребенка вступить в коммуникацию. Когда же высказывания автономны, ненаправлены, штампованы, тогда речь может быть более чистой, фраза более правильной.	Такой закономерности не наблюдается

Дифференциальная диагностика РДА и нарушений зрения [9].

Общие черты: дети с нарушениями зрения могут демонстрировать стереотипные движения, такие как раскачивание, трение глаз, перебирание

пальцами перед лицом. Эти действия выполняют аутостимулирующую функцию, компенсируя дефицит зрительного восприятия.

Ключевое различие: слепые и слабовидящие дети ориентированы на социальные стимулы, отзываются на обращение. Дети с РДА, напротив, могут игнорировать людей, но проявлять повышенный интерес к определённым визуальным эффектам, таким как свет лампы или узоры на стене.

Сочетание аутизма с нарушениями зрения и слуха встречается, например, при врожденной краснухе. В таких случаях наблюдается выраженная стереотипность поведения, затруднения даже на элементарном уровне общения. Сочетание сенсорных нарушений с РДА усложняет коррекционную работу.

Дифференциальная диагностика РДА и умственной отсталости [10].

Общие признаки: в тяжелых случаях умственной отсталости могут присутствовать стереотипные аутостимуляции, ригидность и инертность мышления, трудности в переключении внимания. Характерны конкретность мышления, низкий уровень абстракции, слабая способность к саморегуляции.

Отмечается сниженная обучаемость, однако у детей с РДА обучение носит избирательный характер – ребенок легко осваивает то, что ему интересно, даже без помощи взрослого. Поздно формируются навыки самообслуживания.

Главное отличие: у детей с умственной отсталостью присутствует стремление к коммуникации, они пытаются выразить желания с помощью мимики, жестов, вокализаций. У детей с аутизмом наблюдается глобальное нарушение коммуникации – отсутствие попыток взаимодействия.

Таблица 8. Дифференциальная диагностика РДА и нарушений зрения

УО	РДА
1. Тотальное и иерархичное и недоразвитие всех сторон познавательной и эмоционально-волевой сферы. (все психические функции более сохранены, чем мышление)	1.Неравномерность, асинхронность парциальность психического развития доступны более сложные в интеллектуальном отношении задания, и не доступно решение каких-либо социально-бытовых («житейских») ситуаций,
2. Первичны нарушения мышления, вторичны – нарушения эмоционально-личностного развития как результат недостаточности интеллектуального контроля над эмоциями и поведением.	2.Первичны нарушения общения. Вторичные нарушения познавательной сферы, как результат утраты влияния общения на мышление и поведение.

Продолжение таблицы 8

3. Сохранная способность к пониманию эмоциональных состояний, адекватному эмоциональному реагированию, установлению эмоционального контакта и социального взаимодействия, усвоению средств общения.	Изначально нарушена способность к пониманию эмоциональных состояний, адекватному эмоциональному реагированию, установлению эмоционального контакта и социального взаимодействия, усвоению средств общения.
4. Подражает социально-бытовым действиям взрослых, играет в социальные игры.	Практически не подражает социально-бытовым действиям взрослых, не играет в социальные игры.
5. Общая низкая обучаемость. Обучение как результат специально организованной педагогической работы.	Избирательная обучаемость. Легко научается сложным вещам сам, если ему интересно, крайне сложно научить тому, в чем не заинтересован.
6. Более благополучный прогноз в развитии коммуникативной и эмоциональной сферы, в социальной адаптации (за исключением тяжелых форм УО), низкие возможности к интеллектуальному развитию.	Более неблагоприятный прогноз в развитии коммуникативной и эмоциональной сферы, в социальной адаптации (за исключением тяжелых форм УО), избирательные (высокие и низкие в различных сферах) интеллектуального развития.

Дифференциальная диагностика РДА и детской шизофрении [10].

Сходства: у некоторых детей с РДА в дальнейшем могут проявляться шизофренические нарушения. В семьях детей с РДА часто отмечается наследственная предрасположенность к психическим расстройствам.

Таблица 9. Дифференциальная диагностика РДА и детской шизофрении

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

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

Дифференциальная диагностика РДА и нарушений общения, обусловленных условиями жизни [9].

Общие черты: нежелание вступать в контакт, избегание зрительного контакта, недостаточная коммуникативная активность даже при стимуляции со стороны взрослых, преобладание негативных эмоций, отсутствие реакции на звуки и обращения, двигательные стереотипии (однообразные движения, стереотипные игры, манипуляции с предметами).

Дополнительно: склонность к образованию страхов, немотивированные колебания настроения, парадоксальные эмоциональные реакции (например, смех переходит в плач). Возможны мутизм, пассивность, вялость или немотивированная агрессивность.

Таблица 10. Дифференциальная диагностика РДА и нарушений общения, обусловленных условиями жизни

Психогенные нарушения общения	РДА
1. В анамнезе - четкое указание экзогенной причины психогенного нарушения общения: разлука с матерью, помещение в дом ребенка, выраженные нарушения детско-материнских отношений.	Психогенные факторы либо отсутствуют, либо их присутствие незначительно и играют роль пускового механизма в реализации нарушения, обусловленного наследственными, генетическими факторами, осложнениями беременности, родов, первых годов жизни.

2. Все нарушения носят принципиально обратимый характер и могут компенсироваться в нормальных условиях и/или при оказании коррекционной помощи.	При общей положительной динамике все особенности отклоняющегося развития остаются практически навсегда.
3. Стереотипные действия не носят изощренного и стойкого характера, при соответствующих условиях легко редуцируются.	Стереотипные действия носят достаточно стойкий, навязчивый характер.
4. Страхи психологически понятны (компенсация эмоционального одиночества), при соответствующих условиях легко исчезают.	Страхи носят своеобразный, парадоксальный и стойкий характер, приобретая уровень сверхценных переживаний.
5. Нарушение общения в результате психотравмы избирательно и касается именно отдельных, тяжелых для ребенка ситуаций. Контакт с близкими, с детьми в игровой ситуации вполне сохраняется.	Возможность коммуникации нарушена в целом, причем наиболее трудна для таких детей организация как раз необязательных игровых контактов со сверстниками. Такой закономерности не наблюдается
6. Избирательный мутизм, т. е. мутизм, проявляющийся лишь в особых обстоятельствах (во время ответа на уроке, при общении с чужими взрослыми и т. д.), но контакт с близкими, сохраняется.	Мутизм чаще носит тотальный характер или его избирательность носит немотивированный характер.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие этапы включает диагностика РАС на стадии постановки и уточнения диагноза?
2. В чем заключаются особенности дифференциальной диагностики РДА и нарушений слуха или условий воспитания?
3. В чем состоят отличия между РДА и детской шизофренией, а также между РДА и умственной отсталостью?
4. В чем заключаются отличия РДА от нарушений зрения и речи?
5. Составьте таблицу «Дифференциальная диагностика аутизма и других нарушений развития».

7. Составьте схему, отражающую структуру дефекта при аутизме (первичные и вторичные нарушения развития).
8. Проведение наблюдения за ребенком. Проведите дифференциальную диагностику. Обоснуйте свой вывод.

Темы Рефератов.

1. Координация работы специалистов и семьи.
2. Эпилепсия как причина возникновения аутизма.
3. Хромосомные аномалии как причина аутизма.
4. Особенности восприятия при РДА.

Тест для самопроверки

1. Что включает углубленная оценка развития ребенка?
 - a) Только анализ социального поведения
 - b) Только оценку когнитивных способностей
 - c) Только анализ коммуникативных навыков
 - d) Анализ коммуникативных, социальных, когнитивных и адаптивных навыков
 - e) Исключительно медицинское обследование
2. Кто проводит углубленную оценку развития ребенка?
 - a) Только родители
 - b) Только врач-педиатр
 - c) Междисциплинарная команда специалистов
 - d) Один специалист по выбору родителей
 - e) Исключительно логопед
3. Какой документ фиксирует результаты углубленной оценки развития?
 - a) Медицинская карта
 - b) Индивидуальная карта динамического обследования
 - c) Личное дело ребенка в школе
 - d) Отчет родительского собрания
 - e) Табель успеваемости
4. Как проходит первая встреча с ребенком во время диагностики?
 - a) Специалисты сразу начинают задавать вопросы ребенку
 - b) Ребенка просят выполнить тестовые задания
 - c) Избегается прямой контакт, наблюдается его естественное поведение
 - d) Родителей просят покинуть помещение
 - e) Специалисты используют громкие звуки для проверки реакции
5. Какое условие НЕ является обязательным при обследовании ребенка с аутизмом?
 - a) Комфортные условия без пугающих предметов
 - b) Отсутствие медицинской формы у специалистов
 - c) Принуждение ребенка к выполнению заданий

- d) Просторное помещение с интересными предметами
 - e) Учет предпочтений ребенка в игрушках
6. Кто может поставить окончательный диагноз аутизма?
- a) Логопед
 - b) Педагог-психолог
 - c) Невролог
 - d) Детский психиатр
 - e) Родители ребенка
7. Что оценивается при наблюдении за ребенком?
- a) Только его речевые способности
 - b) Исключительно его мимика
 - c) Только реакция на взрослых
 - d) Только способность к игре
 - e) Его поведение, реакция на окружающих, координация движений, эмоциональные проявления
8. Какой тест используется для оценки привязанности у детей с аутизмом?
- a) Тест Векслера
 - b) Тест Роршаха
 - c) Тест «Незнакомая ситуация» М. Айнсворт
 - d) Тест Струпа
 - e) Проективный тест рисуночной методики
9. Какой признак характерен для детей с аутизмом, но НЕ характерен для детей с нарушением слуха?
- a) Полное отсутствие реакции на звуки
 - b) Парадоксальные реакции на звуки разной громкости
 - c) Полное отсутствие речи
 - d) Спонтанное использование жестов
 - e) Хорошая артикуляция, но отсутствие коммуникации
10. Чем отличаются дети с РДА от детей с речевыми нарушениями?
- a) Дети с речевыми нарушениями не используют мимику
 - b) Дети с РДА обладают хорошими коммуникативными навыками
 - c) Дети с речевыми нарушениями сохраняют коммуникативную направленность поведения
 - d) Дети с РДА легко понимают сложные грамматические конструкции
 - e) Дети с РДА усваивают речевые конструкции постепенно

5. ЛЕКЦИЯ. Диагностика детского аутизма в психолого-медико-педагогической консультации.

Диагностика детского аутизма в рамках психолого-медико-педагогической консультации

Первичное обследование, направленное на определение окончательного диагноза и формулирование итогового заключения специалистами психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК), может занимать от одного до пяти приемов. В случаях, когда установить точный диагноз затруднительно, рекомендуется проведение динамического наблюдения, включающего повторные обследования в течение определенного диагностического периода.

Наблюдение за ребенком с расстройством аутистического спектра

Одним из основных направлений диагностики является оценка особенностей реагирования ребенка на окружающую среду. Важно определить, насколько спокойно он входит в новое помещение, сопровождается ли это изменение выражением лица, моторикой, характером вокализации. Также учитывается, проявляет ли он безразличие к окружающим, не обращая на них внимания, либо воспринимает их как неодушевленные предметы, например, может случайно на кого-то наступить или залезть. Важным аспектом является потребность в тактильном контакте с матерью в незнакомой обстановке, а также наличие реакции на присутствие незнакомых людей. Необходимо учитывать, сидит ли ребенок на коленях у матери во время беседы, в каком положении находится у нее на руках, остается ли рядом или, напротив, сразу же начинает исследовать новое пространство.

Оценка коммуникативных способностей предполагает анализ зрительного контакта: следит ли ребенок за взглядом собеседника или намеренно его избегает, как реагирует на прикосновения, попытку взять его за руку или подвести к столу. Кроме того, важно выяснить, откликается ли он на свое имя, реагирует ли на словесные обращения, такие как просьбы или запреты. Дополнительно отмечается, прислушивается ли он к общему разговору, меняется ли его поведение при этом, например, усиливаются ли вокализации или изменяется их форма, когда мать рассказывает о его речевых возможностях. Также следует наблюдать за реакцией на коммуникативную активность взрослого: как ребенок реагирует на попытки подражать его действиям, повторять игровые манипуляции, вовлекать его в совместную деятельность. Возможны различные варианты реакции, включая напряжение, тревожность, выражающуюся в двигательном возбуждении, стереотипных движениях, вокализациях; полное игнорирование или пассивный уход; активное сопротивление, проявляющееся в агрессии или аутоагрессии; либо проявление интереса и постепенное установление взаимодействия, даже если оно кратковременно и прерывисто.

Следует определить, проявляет ли ребенок инициативу в общении, обращается ли за помощью. Также важно выяснить, использует ли он жесты, мимику, вокализации или слова для взаимодействия с окружающими. К примеру, наблюдается ли механическое использование руки взрослого в качестве инструмента, попытки залезть по нему, громкие крики как средство выражения потребностей.

Анализ поведения включает наблюдение за передвижением ребенка в пространстве: исследует ли он всю комнату, активно забирается на предметы мебели, ищет узкие проходы, либо, напротив, предпочитает находиться в одном или нескольких ограниченных местах. Также оценивается, берет ли он предложенные предметы — игрушки, книги, карандаши — и как именно их использует. Следует определить, насколько быстро наступает утомление, и что при этом происходит: замирает ли ребенок, ложится на пол, идет к матери, прижимается к ней, просит есть или пить, возбуждается, начинает проявлять стереотипные движения.

При наличии моторных стереотипий необходимо проанализировать их особенности, определить степень их выраженности и насколько ребенок ими поглощен. Также стоит обратить внимание на пластику движений, особенности мимики, характерные позы, ритмичность, координацию, а также соотношение общей ловкости и точности в манипуляциях руками. Например, сочетание плавных и грациозных движений с общей активностью в пространстве при амимичном лице и бездействующих руках может свидетельствовать о принадлежности ребенка к определенной группе в классификации аутизма.

Эмоциональная сфера оценивается по степени выразительности и разнообразия эмоциональных реакций либо их отсутствию, что проявляется в маскообразном лице и безразличном выражении. Важно понять, насколько адекватны эмоциональные проявления по отношению к происходящему, а также в каких ситуациях они возникают и обладают ли психологической мотивированностью [7].

Изучение детско-родительских отношений включает анализ привязанности ребенка к матери, которая может варьироваться от выраженного симбиоза до полного игнорирования. Необходимо выяснить, обращается ли он к матери, приносит ли ей игрушки, требует ли внимания или, наоборот, проявляет больший интерес к общению с незнакомыми людьми. Также следует определить, раздражает ли его, когда внимание матери привлекает посторонний человек, пытается ли ребенок увести ее, отвлечь от беседы, старается ли не позволить говорить о себе неприятные вещи или, напротив, остается пассивным. Дополнительно оценивается реакция на разлуку с матерью в рамках теста Айнсворт «Незнакомая ситуация».

Исследование игровой, предметной и изобразительной деятельности предполагает наблюдение за тем, выполняет ли ребенок действия с предметами в

соответствии с их функциональным назначением, занимается ли процессуальной игрой, например, катанием машинки или кормлением куклы. Также важно выяснить, имитирует ли он бытовые действия взрослых, играет ли в сюжетные и ролевые игры, вовлекается ли в совместную деятельность или предпочитает наблюдать, игнорирует происходящее либо протестует. Оценивается характер игровых действий, их продолжительность, увлеченность процессом, наличие парадоксальных и неадекватных проявлений, например, если ребенок кормит ложкой ботинок.

Кроме того, наблюдается наличие игры в перевоплощение: стремится ли ребенок изображать животных, героев мультфильмов. Важно отметить его отношение к рисованию, какие именно изображения он создает, проявляет ли интерес к процессу, стремится ли копировать.

Познавательная деятельность оценивается на основе стандартных методик, соответствующих возрасту ребенка и его возможностям. Определяются способы выполнения заданий, обучаемость в процессе выполнения, отношение к результатам работы. Исследуется, насколько ребенок справляется с заданиями, требующими логического мышления, соблюдения алгоритмов действий. Также отмечается наличие у него особых способностей, глубоких знаний в определенных областях или выраженного интереса к конкретной теме.

Исследование речевого развития включает анализ наличия мутизма, непосредственных или отсроченных эхоталий, автономности речи. Оценивается понимание обращенной речи: откликается ли ребенок только на запреты, выполняет ли просьбы, реагирует ли на речь, не адресованную ему напрямую. Также учитывается характер вокализаций, наличие речевых штампов, их использование. Важно оценить просодические особенности речи, нарушение интонации, неправильное использование личных местоимений, склонность к употреблению глаголов в инфинитиве или повелительном наклонении, а также выявить нарушения звукопроизношения, грамматического строя и семантики [9].

Этот комплексный анализ позволяет получить наиболее полное представление о состоянии ребенка и уточнить характер нарушений, связанных с расстройством аутистического спектра.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие особенности характерны для постановки и уточнения диагноза РАС?
2. Каким образом проводится диагностика детского аутизма в условиях психолого-медико-педагогической консультации?
3. Какие игровые методики используются при диагностике РАС и какова их диагностическая ценность?

Темы Рефератов.

1. Три классические модели привязанности Мэри Эйнсворт (эксперименте «Незнакомая ситуация»).
2. Теория привязанности Гордона Ньюфелда и аутизм

Тест для самопроверки

1. Какой метод рекомендуется при затруднении в установлении точного диагноза аутизма?
 - a) Немедленное назначение медикаментозного лечения
 - b) Единоразовое тестирование
 - c) Игровая терапия
 - d) Динамическое наблюдение
 - e) Гипноз
2. Что оценивается при наблюдении за ребенком с расстройством аутистического спектра?
 - a) Только уровень интеллекта
 - b) Только физическая активность
 - c) Реакция на окружающую среду и социальные стимулы
 - d) Исключительно речевые навыки
 - e) Только поведенческие проблемы
3. Какое поведение ребенка может свидетельствовать о нарушении восприятия окружающих людей?
 - a) Воспринимает людей как неодушевленные предметы
 - b) Всегда стремится к общению
 - c) Избегает всех предметов в комнате
 - d) Всегда смотрит в глаза собеседнику
 - e) Не проявляет интереса к игрушкам
4. Как оценивается коммуникативная активность ребенка с РАС?
 - a) По умению читать
 - b) По наличию зрительного контакта, реакции на речь, использованию жестов
 - c) По количеству произнесенных слов
 - d) Исключительно по уровню речевого развития
 - e) Только по ответам на вопросы взрослых
5. Что может быть проявлением тревожности у ребенка с аутизмом?
 - a) Полное игнорирование окружающих
 - b) Игра в сюжетные игры
 - c) Двигательное возбуждение, стереотипные движения, вокализации
 - d) Громкий смех и активные движения
 - e) Быстрая утомляемость
6. Что учитывается при анализе поведения ребенка в пространстве?
 - a) Исследует ли он комнату, предпочитает ли ограниченные места, берет ли предложенные предметы

- b) Только скорость передвижения
 - c) Количество повторяющихся движений
 - d) Способность к самостоятельному одеванию
 - e) Интерес к цветам и узорам
7. Что может свидетельствовать о принадлежности ребенка к определенной группе аутизма?
- a) Чрезмерная общительность
 - b) Полное отсутствие вокализаций
 - c) Сочетание плавных движений с амимичным лицом и бездействующими руками
 - d) Умение запоминать длинные стихи
 - e) Высокая скорость реакции
8. Как проявляется выраженный симбиоз в детско-родительских отношениях?
- a) Постоянная потребность ребенка в присутствии матери, избегание контакта с посторонними
 - b) Полное игнорирование матери
 - c) Предпочтение общения с незнакомыми людьми
 - d) Отсутствие эмоциональных реакций на разлуку
 - e) Полная самостоятельность и нежелание обращаться за помощью
9. Какой фактор оценивается при исследовании игровой деятельности ребенка?
- a) Только способность быстро переключаться между играми
 - b) Соответствие игровых действий функциональному назначению предметов, вовлечение в ролевые игры
 - c) Способность сортировать предметы по цвету
 - d) Количество используемых игрушек
 - e) Наличие агрессии в игре
10. Какой аспект изучается при исследовании речевого развития ребенка?
- a) Только словарный запас
 - b) Наличие эхолалий, мутизма, просодических особенностей речи
 - c) Способность запоминать сложные термины
 - d) Скорость чтения и письма
 - e) Умение быстро повторять слова за взрослым

6. ЛЕКЦИЯ. Методики психологической диагностики РАС.

В современном мире не существует медицинских анализов, способных подтвердить или опровергнуть наличие аутизма у ребенка. Диагностический процесс включает интервьюирование родителей и других лиц, участвующих в

уходе за ребенком, а также наблюдение за его поведением. Для оценки поведения применяются структурированные диагностические тесты, среди которых M-CHAT, CASD, SCQ, предназначенные для экспресс-диагностики, а также ADI-R и KAST, используемые для подтверждения диагностической группы. В число дополнительных методик входят AMSE, МКФ, РЕР-3, Leiter-3, ADOS, ABLLS-R.

Наиболее распространенным скрининговым инструментом на территории СНГ является M-CHAT-R (The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised) – модифицированная версия опросника, предназначенного для выявления возможного риска аутизма. Он включает 20 вопросов, на которые отвечают родители, и помогает оценить риск расстройства у детей в возрасте от 1,5 до 2,5 лет. Данный тест занимает всего несколько минут. Расширенная версия включает дополнительное пошаговое интервью (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009), которое позволяет уточнить результаты первичного скрининга. Данный инструмент предназначен для бесплатного использования в клинических, исследовательских и образовательных целях, однако его применение регламентируется определенными требованиями. В частности, любое воспроизведение теста должно сопровождаться указанием авторского права, а также запрещены любые изменения в содержании и порядке вопросов без разрешения авторов. Кроме того, для публикации теста в печатных или электронных материалах требуется согласование с Дианой Робинс.

Скрининг M-CHAT-R можно проводить в рамках профилактических осмотров, а также использовать специалистами для оценки риска расстройства аутистического спектра. Методика направлена на выявление как можно большего числа случаев, поэтому имеет высокий процент ложноположительных результатов. Даже с учетом дополнительного интервью значительное число детей с положительными результатами теста не получают окончательный диагноз РАС, однако у них выявляются другие нарушения развития, что оправдывает необходимость дальнейшего обследования.

Для интерпретации результатов используется определенный алгоритм. Низкий риск определяется при наборе от 0 до 2 баллов. Если ребенок младше 24 месяцев, рекомендуется повторное тестирование по достижении им двухлетнего возраста. Средний риск соответствует 3-7 баллам, в этом случае применяется дополнительное пошаговое интервью. При наборе 2 и более баллов по этому этапу тестирование считается положительным, и ребенку рекомендуется дальнейшая диагностика. Если же количество баллов составляет 0-1, дополнительных действий не требуется. Высокий риск диагностируется при наборе 8-20 баллов, что позволяет сразу направить ребенка на диагностику и оценку необходимости раннего вмешательства.

Более сложным инструментом диагностики является шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale). Данный инструмент применяется специалистами совместно с клиническим наблюдением, взаимодействием с ребенком и

интервьюированием родителей. В России используется перевод предыдущей версии CARS, доступный в Интернете, тогда как в англоязычной среде применяется обновленная версия CARS2. Она представлена двумя вариантами: CARS2-ST предназначена для детей младше шести лет, а CARS2-HF ориентирована на детей старше шести лет с более развитыми коммуникативными навыками. Данный инструмент помогает оценить выраженность симптомов аутизма и выявить наличие расстройства, однако не является методом постановки диагноза.

Наиболее достоверными методами диагностики считаются шкалы ADOS и ADI-R, которые часто используются в сочетании. Они доступны на русском языке и применяются профессиональными специалистами для оценки симптомов и постановки диагноза.

Еще одним важным инструментом диагностики является психолого-образовательный профиль PEP (Psychoeducational Profile). Он предназначен для оценки развития детей с аутизмом, психотическими расстройствами и задержками развития, а также помогает в составлении индивидуальных образовательных программ. Концепция теста основывается на понимании динамики развития ребенка, что позволяет учитывать изменения в его состоянии. Тест выявляет уровень функционирования в различных сферах, что способствует подбору наиболее подходящих образовательных и коррекционных методик.

Тест PEP предназначен для детей дошкольного возраста, но может применяться и для детей до 12 лет. Он оценивает такие функциональные зоны, как имитация, восприятие, мелкая и крупная моторика, интеграция зрительных и моторных навыков, когнитивные способности и речевые функции. Дополнительно тест выявляет поведенческие особенности и психотические проявления в таких сферах, как взаимодействие с окружающими, интерес к людям и предметам, сенсорная восприимчивость и особенности речи.

В процессе диагностики ребенок выполняет различные игровые задания, а специалист наблюдает за его реакциями и фиксирует особенности поведения. Итоговые результаты оцениваются с учетом трех категорий: положительный, отрицательный и удовлетворительный ответ. Последний вариант означает, что ребенок демонстрирует частичное понимание задания, но выполняет его нестандартным образом или не видит необходимости в его выполнении.

PEP ориентирован на составление индивидуальных программ обучения и обладает рядом преимуществ. Методика разработана на основе многолетних исследований, а возрастные границы заданий позволяют учитывать индивидуальные темпы развития. Инструкция теста представлена в игровой форме, а речевые требования сведены к минимуму, что делает его доступным для детей с речевыми нарушениями. Кроме того, результаты теста не рассматриваются в стандартных категориях, а интерпретируются с учетом индивидуальных особенностей ребенка.

PEP-3 применяется для решения конкретных задач, таких как определение сильных и слабых сторон развития, подтверждение диагноза, оценка уровня адаптации ребенка, а также контроль эффективности педагогической и клинической коррекции.

В рамках диагностики также применяются шкалы интеллекта Векслера (WISC-IV и его отечественные модификации), предназначенные для детей от 4 до 15 лет. Когнитивные функции оцениваются с помощью методик на изучение памяти (10 слов, парные ассоциации, тактильная и стереогностическая память), внимания (шифровка, таблицы Шульте), мышления (классификация предметов, кубики Кооса, пересечение классов), а также зрительного восприятия (фигуры Липера, перцептивное моделирование) [15].

Для исследования эмоционального состояния и личности используются графические методики (рисунки себя и семьи, РНЖ), анализ сюжетных картинок, моделирование бытовых ситуаций, а также оценка мимической экспрессии и жестов.

Вопросы для самоконтроля

1. Что представляет собой модифицированная шкала M-CHAT-R и в каком возрасте она применяется?
2. Какова структура и назначение шкалы CARS при диагностике РАС?
3. Какие возможности предоставляет психолого-образовательный профиль PEP?

Темы Рефератов.

1. Методики CASD, SCQ
2. Методики ADI –R; KAST (подтверждение диагностической группы)
3. Методика AMSE

Тест для самопроверки

1. Какой метод диагностики используется для оценки риска аутизма у детей от 1,5 до 2,5 лет?
 - a) ADOS
 - b) M-CHAT-R
 - c) CARS
 - d) PEP-3
 - e) Векслер
2. Как называется расширенная версия теста M-CHAT-R?
 - a) ADOS-2
 - b) M-CHAT-R/E
 - c) M-CHAT-R/F
 - d) CASD-Plus
 - e) PEP-4

3. Какой инструмент диагностики имеет две версии: CARS2-ST и CARS2-HF?
 - a) CARS
 - b) ADI-R
 - c) SCQ
 - d) Leiter-3
 - e) ABLLS-R
4. Какой диапазон баллов по M-CHAT-R свидетельствует о высоком риске аутизма?
 - a) 0-2
 - b) 3-7
 - c) 8-20
 - d) 2-5
 - e) 15-25
5. Какой диагностический инструмент применяется в России в переводе предыдущей версии?
 - a) SCQ
 - b) CARS
 - c) ADOS
 - d) M-CHAT-R
 - e) Leiter-3
6. Какой тест оценивает когнитивные функции с помощью методик на память, внимание и мышление?
 - a) M-CHAT-R
 - b) ADOS
 - c) Шкалы интеллекта Векслера (WISC-IV)
 - d) SCQ
 - e) ABLLS-R
7. Какой метод диагностики направлен на составление индивидуальных образовательных программ?
 - a) PEP (Psychoeducational Profile)
 - b) ADOS
 - c) CARS
 - d) SCQ
 - e) AMSE
8. Какой инструмент диагностики используется для оценки выраженности симптомов аутизма, но не является методом постановки диагноза?
 - a) CARS
 - b) ADOS
 - c) M-CHAT-R
 - d) SCQ
 - e) Leiter-3

9. Какой метод диагностики считается наиболее достоверным и часто используется в сочетании?
- a) SCQ и CASD
 - b) PEP и Leiter-3
 - c) ADOS и ADI-R
 - d) M-CHAT-R и CARS
 - e) AMSE и ABLLS-R
10. Для какого возраста предназначен тест PEP?
- a) Только для детей младше 6 лет
 - b) Для дошкольников, но может использоваться до 12 лет
 - c) Только для подростков
 - d) Только для взрослых
 - e) Только для младенцев

7. ЛЕКЦИЯ. Методы прикладного анализа.

7.1. Прикладной анализ поведения

Прикладной анализ поведения представляет собой науку, направленную на изучение и коррекцию человеческого поведения. В отличие от других дисциплин, он имеет четко определенные предмет, цели и методы. Предметом анализа являются социально значимые формы поведения, поддающиеся объективному описанию. Его цель — надежная коррекция нежелательного поведения, а методы включают объективное описание, количественную оценку и контролируемый эксперимент. Таким образом, данная дисциплина ориентирована на выявление внешних факторов, влияющих на поведение человека, и разработку методов его коррекции.

Прикладной анализ поведения состоит из шести ключевых компонентов. Прежде всего, это наука, использующая принципы познания, свойственные естественным наукам. Методики коррекции поведения разрабатываются с высокой степенью систематичности. Изменение поведения основывается исключительно на фундаментальных законах поведения. Важнейшим аспектом является ориентация на социально значимое поведение. Два заключительных компонента касаются целей дисциплины: понимания факторов, влияющих на поведение, и улучшения значимых поведенческих проявлений.

В рамках анализа поведения выделяются четыре взаимосвязанные области: бихевиоризм, занимающийся теоретическими вопросами, экспериментальный анализ поведения, проводящий лабораторные исследования, прикладной анализ поведения, ориентированный на прикладные исследования, а также практическое применение анализа поведения [12].

Слово «прикладной» в названии дисциплины отражает ее главную задачу — исправление поведения человека с целью улучшения качества его жизни. Для достижения этой цели специалисты должны работать с поведенческими проявлениями, имеющими значимость для клиента. Это может включать социальное и вербальное поведение, поведение в учебной, профессиональной и бытовой сферах, а также самообслуживание. Коррекция данных форм поведения способствует не только улучшению жизни самого человека, но и положительно влияет на отношение к нему со стороны окружающих.

7.2. Критерии черт прикладного анализа поведения.

Прикладной анализ поведения (АВА) занимается непосредственно изучением и коррекцией поведения, а не его описанием. Дональд Байер, Монтроз Вольф и Тодд Ризли сформулировали определяющие черты прикладного анализа поведения и выделили критерии, которым должна соответствовать работа, чтобы относиться к АВА [27].

Во-первых, прикладной анализ поведения имеет прикладной характер, что означает, что исследованию подлежит социально значимое поведение, которое важно для испытуемого.

Во-вторых, он ориентирован на поведение, что предполагает точную количественную оценку изменений и требует удостовериться, что поведение изменилось именно у испытуемого, а не у исследователя.

В-третьих, аналитичность предполагает демонстрацию экспериментального контроля над изучаемым поведением, то есть установление его функциональной зависимости от внешних факторов.

В-четвертых, методики должны быть подробно описаны, чтобы другие исследователи могли их воспроизвести.

Пятый критерий — концептуальная выдержанность, согласно которой в описании и обсуждении результатов работы должны указываться основные теоретические принципы, на которых она основана.

Шестой критерий — практическая значимость: методика должна приводить к таким изменениям поведения, которые будут иметь значимое влияние на испытуемого.

Методы О.И. Ловааса

В области прикладного анализа поведения используются методы, разработанные американским психологом и психиатром О.И. Ловаасом. Среди них [28]:

1. **Метод тестирования предпочтений и поиска усилителей**, который помогает определить, чем мотивировать ребенка во время занятий.

2. **Метод формирования нового поведения**, применяющийся для формирования новых навыков путем систематического преобразования уже существующего поведения в новое, более совершенное.

3. **Метод безошибочного обучения с применением подсказок**, который позволяет динамично обучать ребенка новым навыкам, используя систему подсказок на каждом этапе обучения.

4. **Метод случайного обучения**, способ обучения в естественной среде, с помощью которого можно научить ребенка с РАС проявлять инициативу.

5. **Метод пошагового обучения**, используемый для разделения задания на отдельные шаги.

6. **Метод отдельных блоков**, формирующий целевое поведение ребенка. В этом методе используются дискриминативный стимул и подкрепляющий стимул или подкрепление.

Эти методы помогают преодолевать распространенные проблемы обучения детей с расстройствами аутистического спектра, такие как трудности в усвоении информации, недостаточная мотивация социальными последствиями, отсутствие инициативы. Кроме того, многие дети с РАС не могут обобщать материал в новых условиях, планировать свою деятельность или самостоятельно переходить от одного задания к другому.

Методы прикладного анализа поведения предлагают эффективный путь помощи в таких ситуациях. Поведенческий инструментальный позволяет сделать работу по психокоррекционной программе более успешной. Используя эти методы, педагог может подобрать сложность упражнений, определить темп обучения, минимизировать ошибки ребенка, избежать нежелательного поведения и поддерживать мотивацию к занятиям.

Перед применением методов прикладного анализа поведения проводится комплексное обследование навыков ребенка с РАС.

Инструменты прикладного анализа поведения

Скиннер придерживался мнения, что личность представляет собой совокупность определенных форм поведения, приобретенных ребенком посредством оперантного научения.

Знание принципов функционирования поведения позволило исследователям разработать тактики, направленные на его изменение. Это привело к появлению направления, известного как Applied Behavior Analysis (ABA).

Основная задача АВА — выявить цель поведения и на основе этого знания изменить ненормативное поведение в социально одобряемое.

Программа АВА всегда разрабатывается индивидуально, а сложные навыки разбиваются на более мелкие компоненты. Перед применением методов прикладного анализа поведения проводится комплексное обследование навыков ребенка с РАС.

Одним из наиболее распространенных тестов, применяемых в АВА, является тест **ABLLS-R** Д. Партингтона. Он позволяет определить уровень функционирования ребенка, выявить области, в которых он испытывает

наибольшие затруднения, и оценить его текущие знания. Результаты тестирования помогают специалисту разработать эффективную программу обучения речи и формирования социальных навыков [17].

После определения направлений коррекции важно изучить основные техники АВА.

Одной из ключевых техник является **дифференциальное подкрепление альтернативного поведения** — метод уменьшения проблемного поведения за счет поощрения или подкрепления социально одобряемого поведения, выполняющего ту же функцию. При этом нежелательное поведение не подкрепляется.

Этот метод широко применяется для коррекции различных поведенческих проблем, таких как агрессия, вспышки гнева, самостимуляция.

Основные цели поведения

С точки зрения АВА, поведение ребенка преследует одну из четырех целей [46]:

Привлечение социального внимания — ребенок демонстрирует определенное поведение, чтобы получить внимание окружающих (например, он может кричать, чтобы родители обратили на него внимание).

Получение желаемых предметов или занятий — ребенок ведет себя определенным образом, чтобы получить доступ к желаемым вещам или занятиям (например, устраивает истерику в магазине, пока ему не купят игрушку).

Избегание или уход от неприятных ситуаций — ребенок демонстрирует проблемное поведение, чтобы избежать выполнения нежелательной задачи (например, начинает кричать или проявлять агрессию, чтобы педагог перестал его учить).

Сенсорная стимуляция — ребенок получает удовольствие от определенного поведения (например, раскачивается или хлопает в ладоши без очевидной цели).

Принципы подкрепления

АВА использует **подкрепление** для коррекции поведения.

Положительное подкрепление — добавление приятного стимула после желаемого поведения, что увеличивает вероятность его повторения в будущем.

Отрицательное подкрепление — устранение неприятного стимула после определенного поведения, что также способствует его усилению.

Ослабление (наказание) — процесс, при котором нежелательное поведение сопровождается негативным последствием, что снижает вероятность его повторения.

Угасание реакции — прекращение подкрепления поведения, которое ранее поощрялось, что приводит к его исчезновению.

При использовании метода угасания необходимо учитывать возможность так называемого "**взрыва**", который выражается в усилении проблемного

поведения перед его полным исчезновением. Во время "взрыва" ребенок может демонстрировать агрессию, истерики или новые формы поведения.

Значение АВА в коррекционной работе

АВА всегда предлагает замену нежелательного поведения альтернативным. Например, если ребенок во время канистерапии бьет собаку, его учат гладить ее. Каждый раз, когда ребенок выбирает желательное поведение, оно подкрепляется значимыми для него стимулами, а нежелательное поведение игнорируется [28].

Специалисты АВА используют **награждение или подкрепление**, чтобы закрепить правильное поведение. В качестве подкрепления могут использоваться различные стимулы, в том числе **первичные подкрепители** (например, съедобные награды).

Таким образом, расстройства аутистического спектра представляют собой сложные нарушения развития, при которых наблюдаются трудности в коммуникации, поведенческие проблемы и сложности социальной адаптации.

Своевременная коррекция играет ключевую роль в социализации детей с РАС.

АВА — это эффективная дисциплина, которая помогает формировать устойчивые изменения в поведении, создавая условия, при которых альтернативное поведение становится для ребенка более выгодным, чем нежелательное.

Дифференциальное подкрепление альтернативного поведения является мощным инструментом АВА, который приводит к значительным и стабильным изменениям в поведении, повышая успехи детей в обучении и социализации.

Вопросы для самоконтроля

1. Что такое прикладной анализ поведения и каковы его основные компоненты и критерии?
2. Какие методы разработал О.И. Ловаас для работы с детьми с РАС?
3. Какие инструменты применяются в прикладном анализе поведения?
4. Какие методы и приемы прикладного анализа наиболее эффективны в работе с детьми с РАС?

Темы Рефератов.

1. Модель дискретного обучения в прикладном поведенческом анализе (Р. Шрамм).
2. Ступени формирования учебного контроля в прикладном анализе поведения.
3. АВС — парадигма взаимодействия с обучающимся с расстройствами аутистического спектра.

Тест для самопроверки

1. Какова основная цель прикладного анализа поведения?
 - a) Описание психологических особенностей человека
 - b) Выявление наследственных факторов поведения
 - c) Коррекция нежелательного поведения
 - d) Развитие креативных способностей
 - e) Улучшение памяти
2. Какой из компонентов прикладного анализа поведения ориентирован на изучение факторов, влияющих на поведение?
 - a) Концептуальная выдержанность
 - b) Аналитичность
 - c) Социальная значимость
 - d) Методологическая систематичность
 - e) Экспериментальный анализ
3. Какой критерий АВА предполагает возможность воспроизведения методик другими исследователями?
 - a) Прикладной характер
 - b) Аналитичность
 - c) Подробное описание методик
 - d) Социальная значимость
 - e) Концептуальная выдержанность
4. Кто из ученых внес вклад в формулирование черт прикладного анализа поведения?
 - a) Жан Пиаже
 - b) Зигмунд Фрейд
 - c) Дональд Байер, Монтроз Вольф и Тодд Ризли
 - d) Джон Уотсон
 - e) Карл Роджерс
5. Какой метод АВА предполагает систематическое преобразование уже существующего поведения в новое?
 - a) Метод тестирования предпочтений
 - b) Метод формирования нового поведения
 - c) Метод пошагового обучения
 - d) Метод случайного обучения
 - e) Метод безошибочного обучения
6. Какая цель поведения в АВА связана с получением желаемых предметов или занятий?
 - a) Привлечение социального внимания
 - b) Избегание неприятных ситуаций
 - c) Сенсорная стимуляция
 - d) Получение желаемых предметов или занятий
 - e) Проявление агрессии

7. Как называется процесс, при котором прекращается подкрепление поведения, ранее поощряемого?
 - a) Положительное подкрепление
 - b) Отрицательное подкрепление
 - c) Ослабление
 - d) Угасание реакции
 - e) Сенсорная стимуляция
8. Какой метод АВА используется для динамичного обучения ребенка новым навыкам с применением системы подсказок?
 - a) Метод случайного обучения
 - b) Метод отдельных блоков
 - c) Метод безошибочного обучения
 - d) Метод формирования нового поведения
 - e) Метод тестирования предпочтений
9. Какой инструмент АВА позволяет определить уровень функционирования ребенка и выявить его затруднения?
 - a) ADOS-2
 - b) ABLLS-R Д. Партингтона
 - c) Метод отдельных блоков
 - d) Социальные истории
 - e) Карта поведенческого анализа
10. Что представляет собой дифференциальное подкрепление альтернативного поведения?
 - a) Устранение нежелательного поведения без его замены
 - b) Добавление неприятного стимула для предотвращения нежелательного поведения
 - c) Игнорирование всех видов поведения ребенка
 - d) Подкрепление социально одобряемого поведения, выполняющего ту же функцию, что и нежелательное
 - e) Награждение ребенка вне зависимости от его поведения

8. ЛЕКЦИЯ. Особенности восприятия и усвоения пространственно-временных характеристик окружающего

8.1. Основные проявления нарушений пространственно-временных характеристик.

Особенности восприятия и усвоения пространственно-временных характеристик окружающего мира являются одним из ключевых факторов, затрудняющих ориентировку во времени у людей с расстройствами

аутистического спектра (РАС). Эти трудности проявляются в проблемах понимания таких понятий, как «вчера – сегодня – завтра», «сначала – потом» и других временных категорий. Кроме того, они приводят к искажениям в формировании и использовании опыта: впечатления накапливаются, но не превращаются в традиционный опыт, который можно применять для решения будущих задач.

Несмотря на наличие значительного объема информации, человек с аутизмом может испытывать затруднения при выборе и использовании именно тех знаний, которые соответствуют актуальной потребности, задаче или желанию. Данные процессы также оказывают влияние на воображение и символизацию.

Психофизиологические аспекты и основные проявления

Хотя физиологическая основа этого явления изучена недостаточно, его последствия очевидны. В первую очередь, это затруднения в восприятии и усвоении процессов, организованных в последовательности, что признано наукой как один из характерных признаков РАС [26].

- Основные нарушения пространственно-временного восприятия включают:
- **Фрагментарность восприятия**, проявляющуюся в нескольких формах:
 - ✓ **Интрамодальная фрагментарность** — трудности формирования сенсорного образа в одном модальном канале (зрительном, слуховом и др.).
 - ✓ **Межмодальная фрагментарность** — сложности при объединении информации из разных сенсорных модальностей в целостный полисенсорный образ.
 - ✓ **Слабость центральной когеренции** — склонность фиксироваться на деталях при невозможности сформировать целостное представление.
- **Симультанность восприятия** — тенденция воспринимать информацию одновременно, а не в последовательности.
- **Трудности восприятия сукцессивно организованных процессов**, что затрудняет усвоение речи, понимание причинно-следственных связей и планирование действий.

Коррекционные подходы

Коррекционная работа направлена на преодоление этих нарушений и включает несколько направлений [58]:

1. **Формирование целостного сенсорного образа.** Это может осуществляться не только в рамках сенсорной интеграции в традиционном смысле, но и путем создания условий для осознанного восприятия предметов и явлений в их целостности.

2. **Развитие способности выделять значимые, смыслоразличительные признаки (релизеры),** что помогает ребенку понимать суть ситуации, а не фокусироваться только на второстепенных деталях.

3. **Организация сенсорного пространства.** Коррекционные занятия включают работу с окружающей средой, подбор стимульного и дидактического материала с учетом индивидуального уровня сензитивности по различным сенсорным каналам.

4. **Методы компенсации и коррекции.** Нарушения пространственно-временного восприятия связаны с расстройствами функций тонического блока мозга, что требует применения как методов компенсации, так и методов направленной коррекции.

5. **Медикаментозная терапия.** В ряде случаев нарушения восприятия требуют применения медикаментозных средств, особенно если они сопровождаются выраженными расстройствами регуляции поведения.

Связь с другими проявлениями РАС

Из классических симптомов аутизма к этим нарушениям наиболее близки **стереотипии**, которые могут носить компенсаторный, гиперкомпенсаторно-аутостимуляционный характер. В некоторых случаях наблюдается также кататонический вариант стереотипий, связанный с особенностями регуляции двигательной активности.

Таким образом, нарушения пространственно-временного восприятия у детей с РАС требуют комплексного подхода, сочетающего когнитивно-поведенческую коррекцию, сенсорную терапию и, при необходимости, медикаментозную поддержку.

8.2. Трудности усвоения организационных процессов.

Развитие восприятия организованных процессов у детей с РАС

Трудности усвоения последовательности событий и организованных процессов у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) требуют применения специальных методик. Одним из эффективных поведенческих подходов является **визуализация временных характеристик**, или «визуализация времени».

Для этого используются различные формы расписаний [38]:

- **По способу представления:** стеллажи, стенды на стене, тетради, специальные зоны с заданиями (например, корзинки, из которых нужно брать задания слева направо).
- **По уровню организации и техническому решению:** предметные расписания, визуальные (картинки, фотографии, пиктограммы), текстовые (таблички с надписями).
- **По охвату периода:** расписания на конкретный вид деятельности (например, переодевание перед занятием), на день, неделю или более длительный период.

Выбор конкретного формата зависит от индивидуальных особенностей ребёнка, этапа коррекционной работы и поставленных задач.

Дневник как инструмент осознания времени

Хорошие результаты даёт ведение **дневника**, который выполняет функцию расписания, но обращённого в прошлое. Дневник помогает ребёнку осознать последовательность событий и их взаимосвязь. Он может быть представлен в разных форматах: текстовом, в виде фотографий с подписями или без них. Ведение дневника требует участия взрослых (родителей, педагогов), но при этом становится важным инструментом формирования временных представлений.

Визуализация учебного материала

Поскольку ребёнку с РАС сложно воспринимать информацию на слух, ключевым принципом обучения становится **максимальная визуализация**. Визуальные инструкции и опоры помогают лучше структурировать знания и облегчают усвоение информации.

По мере развития понимания устной речи степень визуальной поддержки может **постепенно уменьшаться**. Однако в ряде случаев требуется использование альтернативных и аугментативных форм коммуникации (письменная речь, жестовая система и др.) [44].

Структурирование пространства

Связь с пространством у детей с РАС часто проявляется в виде **примитивной формы симультанного восприятия**. Это означает, что ребёнок воспринимает окружающее не в виде целостных образов, а как отдельные фрагменты, объединённые только ощущением одновременности.

Из-за асинхронного развития при аутизме такая форма восприятия сохраняется дольше, чем у нейротипичных детей. В результате [68]:

- Определённые виды деятельности могут **жёстко привязываться** к конкретным местам (например, ребёнок ест только за одним столом, играет только в одном углу комнаты).
- Любая попытка изменить сложившийся порядок может вызвать стресс и негативные поведенческие реакции.

Метод структурирования пространства помогает избежать поведенческих проблем [69]:

- Каждой деятельности отводится чётко обозначенное место (**компартменты**).
- Такой подход снижает тревожность и повышает предсказуемость среды.

Однако полная неизменность пространства закрепляет стереотипии и ограничивает гибкость поведения. Поэтому важно **постепенно вводить вариативность и развивать произвольность**.

Развитие гибкости поведения

Гибкость в отношении временных и пространственных характеристик можно формировать с помощью специальных упражнений и техник. Среди них [75]:

1. **Усложнение выбора поощрения:**

— На первом этапе ребёнку предлагают желаемый предмет без выбора (*«Хочешь мыльные пузыри?»*).

— Затем – выбор из двух предметов (*«Ты хочешь волчок или шарик?»*).

— Далее – выбор из нескольких вариантов (например, по фотографиям на планшете).

2. Введение вариативности в расписание:

— Зависимость от внешних условий (*«Если идёт дождь – смотрим мультик, если солнечно – качаемся на качелях»*).

— Выбор из нескольких заранее определённых занятий (*«Что ты выберешь: собирать пазлы или прыгать на батуте?»*).

— Свободный выбор досуга (если у ребёнка сформированы соответствующие навыки, но под контролем взрослого).

Применение визуальных расписаний, дневников, структурирования пространства и работы над гибкостью выбора помогает детям с РАС лучше ориентироваться в окружающем мире. Комплексный подход, сочетающий предсказуемость и постепенное введение вариативности, способствует развитию самостоятельности и снижает тревожность, формируя условия для успешной адаптации.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие проявления нарушений пространственно-временных характеристик встречаются у детей с РАС?

2. Какие трудности возникают у детей с РАС в освоении организационных процессов?

3. Составьте Примерный распорядок дня детей с РАС (дошкольный возраст/ младший школьный возраст)

Режимные моменты	Младшая группа	Средняя группа	Старшая группа	Подготовительная группа
Режимные моменты	1 класс	2 класс	3 класс	4 класс

4. Каким образом проявляются нарушения пространственно-временной ориентации у ребенка с РАС?

Темы Рефератов.

1. Расщепленный разум: причины проявления, отличия от нарушений аутистического спектра
2. Психолого-педагогическая классификация аутизма О.С. Никольской
3. Специфика страхов при РДА

Тест для самопроверки

1. Какой фактор является ключевым в затруднении ориентировки во времени у людей с РАС?

- a) Недостаток моторной координации
- b) Нарушения слухового восприятия
- c) Особенности восприятия и усвоения пространственно-временных характеристик
- d) Отсутствие интереса к окружающему миру
- e) Высокий уровень тревожности

2. Как проявляется фрагментарность восприятия у людей с РАС?

- a) В способности легко переключаться между задачами
- b) В повышенной чувствительности к сенсорным раздражителям
- c) В стремлении упорядочивать предметы в пространстве
- d) В трудностях формирования целостного сенсорного образа
- e) В чрезмерной зависимости от визуальной информации

3. Какое из нарушений пространственно-временного восприятия связано с неспособностью воспринимать события в последовательности?

- a) Интрамодальная фрагментарность
- b) Слабость центральной когеренции
- c) Межмодальная фрагментарность
- d) Трудности восприятия сукцессивно организованных процессов
- e) Симультанность восприятия

4. Какой метод НЕ используется в коррекционной работе с детьми с РАС?

- a) Формирование целостного сенсорного образа
- b) Полное исключение сенсорных раздражителей
- c) Развитие способности выделять значимые признаки
- d) Организация сенсорного пространства
- e) Методы компенсации и коррекции

5. Какую функцию выполняет дневник для детей с РАС?

- a) Развивает навыки письма и чтения
- b) Помогает осознать последовательность событий и их взаимосвязь
- c) Используется исключительно в качестве расписания
- d) Является средством медикаментозной терапии
- e) Учит ребенка фантазировать и придумывать истории

6. Какой формат расписания НЕ используется для визуализации времени у детей с РАС?

- a) Стеллажи и стенды
- b) Тетради
- c) Аудиозаписи
- d) Пиктограммы и текстовые таблички
- e) Специальные зоны с заданиями

7. Какое проявление стереотипии связано с особенностями регуляции двигательной активности?

- a) Сенсорная чувствительность
- b) Низкий уровень мотивации
- c) Симультанное восприятие
- d) Повышенная тревожность
- e) Кататонический вариант стереотипий

8. Почему важно структурировать пространство для детей с РАС?

- a) Это делает среду более разнообразной и хаотичной
- b) Способствует развитию речи и коммуникативных навыков
- c) Снижает тревожность и повышает предсказуемость среды
- d) Ускоряет процесс усвоения абстрактных понятий
- e) Полностью устраняет стереотипное поведение

9. Как формируется гибкость в отношении временных и пространственных характеристик?

- a) Путем постепенного введения вариативности и упражнений на выбор
- b) Исключительно при помощи медикаментозной терапии
- c) Через строгое соблюдение установленных ритуалов
- d) Полным избеганием изменений в привычном распорядке
- e) Исключительно с помощью структурирования пространства

10. Какой принцип обучения наиболее эффективен для детей с РАС?

- a) Вербальное объяснение материала
- b) Максимальное использование абстрактных понятий
- c) Визуальная поддержка и структурирование информации
- d) Ориентация на спонтанное восприятие
- e) Игнорирование индивидуальных особенностей восприятия

9.ЛЕКЦИЯ. Профессионально-этические нормативы в психодиагностике.

9.1. Принципы психодиагностической деятельности

Принципы психологии представляют собой исходные положения, определяющие понимание природы психики, её формирования, развития и функционирования. Они обобщают закономерности психического и служат методологической основой для исследований и практики. Эффективность психодиагностической деятельности определяется рядом ключевых принципов, сформулированных ведущими учёными в области психологии [32].

Принцип объективности является важнейшим качеством научного знания. Психодиагностическое исследование должно выявлять реальные закономерности психических процессов, а не отражать субъективные мнения исследователя. Достижение объективности возможно при условии применения методов, адекватных исследуемым явлениям, проведении обследования в одинаковых условиях, использовании достоверных данных, а также обеспечении повторяемости результатов. Интерпретация результатов должна быть беспристрастной и основываться исключительно на полученных данных, что исключает влияние субъективных ожиданий или личных предположений диагноста.

Принцип структурно-динамической целостности заключается в понимании того, что психические процессы и функции не существуют изолированно, а представляют собой единую систему, в которой разные элементы взаимосвязаны. Оценка психологического состояния человека должна учитывать возрастные нормы, закономерности онтогенетического развития, а также взаимодействие различных психических функций. Учет данного принципа позволяет не только фиксировать индивидуально-типологические особенности личности, возможные нарушения той или иной сферы или функциональной системы и специфику развития, но и оценить причины и механизмы возникновения подобных особенностей. Кроме того, принцип структурно-динамической целостности дает возможность оценить структуру и иерархию проблем как условно нормативного, так и отклоняющегося развития в ситуации одновременности созревания и взаимовлияния исследуемых функций.

Соответствие диагностического подхода целям психологической деятельности предполагает, что каждая диагностическая методика должна выявлять именно те психологические особенности, которые имеют значение для развития, обучения и воспитания человека. Это касается индивидуальных психологических характеристик, особенностей учебной деятельности и общения, а также влияния личностных черт на процесс обучения и развития на различных возрастных этапах.

Принцип единства диагностики и коррекции означает, что психодиагностика должна быть тесно связана с последующей коррекционной работой. Это предполагает постановку психологического диагноза, разработку программы дальнейшего развития личности, формулирование рекомендаций, контроль за их выполнением, а также осуществление коррекционной и

развивающей работы и оказание психологической помощи. Согласно дополнению Н.Я. Семаго, этот принцип можно расширить до принципа единства методологии, диагностики и коррекции. Это означает, что между теоретическими позициями психолога, соответствующей им методологией и использованием конкретных диагностических средств должна быть полная согласованность. Принцип «триединства» методологии, диагностики и коррекции обеспечивает цельность и целостность как в изучении развития испытуемого, так и в оказании ему психологической помощи.

Принцип конкретности подчеркивает относительность психологического диагноза. Организация психодиагностического обследования, выбор диагностируемых психических образований определяются соответствием психического развития и состояния человека тем требованиям, которые предъявляет конкретная жизненная ситуация. Это означает, что психологическая диагностика не может существовать вне контекста и должна учитывать обстоятельства, в которых находится испытуемый.

Принцип ориентации на выявление индивидуальности предполагает признание уникальности внутреннего мира обследуемого, неповторимости его жизненного пути, предыстории и истории развития. Исключительность жизненной проблемы человека, его психологического портрета является исходной точкой психодиагностической деятельности психолога. Этот принцип определяет содержание психодиагностической гипотезы, необходимость и достаточность диагностических средств в методическом комплексе, длительность психодиагностики и форму психодиагностического заключения.

Принцип безоценочности отражает неправомерность использования оценочных критериев, таких как «плохая память», «хороший интеллект» и тому подобное, в процессе выявления психологических особенностей человека и при постановке психологического диагноза. Все психические процессы выполняют адаптационную функцию, что делает их целесообразными и необходимыми для обеспечения самосохранения и развития человека в изменяющихся условиях жизнедеятельности.

Принцип трансформации взаимодействия человека с окружающей реальностью во многом определяет не только ход психодиагностического обследования, но и содержание психодиагностических гипотез и консультирования по результатам обследования. Его суть заключается в том, что человек как объект психодиагностики включается в систему взаимосвязей с социумом, культурой, предметной средой и природой. В современном мире темп изменений, происходящих в окружающей среде, значительно превышает скорость естественного биологического и социального адаптациогенеза человека, который является результатом длительного филогенеза и индивидуального развития. Это оказывает влияние как на психологию личности, так и на содержание её взаимодействия с миром и самим собой.

Принцип необходимости и достаточности заключается в том, что количество диагностических процедур должно быть минимально необходимым, но в то же время и вполне достаточным для объективного изучения психической реальности. Большинство экспериментально-психологических методик позволяет получать более широкий спектр данных за счёт дополнительных возможностей методики. Психологу необходимо так построить диагностический алгоритм, чтобы, используя основную направленность и дополнительные возможности методик, составить на основе диагностического алгоритма необходимый набор инструментальных средств и техник, позволяющих экономично и достаточно надежно провести исследование.

Принцип научной обоснованности требует, чтобы применяемые методики соответствовали основным критериям психологических исследований, а именно надежности и валидности. Надежность методики означает устойчивость и повторяемость её результатов при повторном применении. Валидность методики предполагает, что она измеряет именно те характеристики, для которых предназначена [14].

Современное информационное общество, трансформируя образ жизни и сознание человека, создаёт особое пространство и для психодиагностической деятельности. Экономическая, политическая, экологическая и социальная напряженность жизненной среды современного человека, обилие доступной, но зачастую противоречивой психологической информации повышают интерес людей к психологическим проблемам и формируют потребность в психологической помощи. Однако этот процесс не всегда приводит к постановке профессионального психологического диагноза, что требует дальнейшего развития методологических и практических аспектов психодиагностики.

9.2. Принципы профессионально-этических нормативов

Профессиональная этика представляет собой систему моральных норм и принципов, регулирующих поведение представителей конкретной профессиональной группы. Она обеспечивает нравственный характер взаимоотношений, возникающих в рамках профессиональной деятельности или связанных с ней. Профессиональная этика формируется на основе общих интересов, ценностей и требований, присущих определенной сфере деятельности.

Традиции профессиональной этики развиваются вместе с профессией, а в современном обществе её принципы и нормы могут быть зафиксированы на законодательном уровне, отражены в этических кодексах профессиональных сообществ или выражаться в общепринятых моральных нормах. Для сферы психодиагностики разработаны специальные профессионально-этические стандарты, обеспечивающие правомерность, корректность и безопасность проводимых исследований [12].

Принцип ненанесения ущерба («не навреди») предполагает, что психодиагност при проведении исследования не должен использовать методы, ущемляющие достоинство или нарушающие интересы испытуемого. Результаты диагностики не могут применяться во вред обследуемому. В случае конкурсного отбора при приеме на работу этот принцип дополняется требованием открытости результатов диагностики: обследуемый должен быть проинформирован о целях тестирования, используемых методах, итогах обследования, а также о способах их использования в процессе принятия решений.

Принцип конфиденциальности означает сохранение тайны полученной психологической информации. Разглашение данных без согласия клиента запрещено. В случае диагностики несовершеннолетних требуется разрешение родителей или законных представителей. Исключением могут являться научные исследования, однако в публикациях необходимо сохранять анонимность испытуемых, не указывая их личные данные.

Принцип эффективности рекомендаций обязывает психолога формулировать рекомендации, которые несут практическую пользу для испытуемого. Недопустимо предоставление бесполезных выводов или рекомендаций, способных привести к негативным или непредсказуемым последствиям для личности.

Принцип компетентности психолога означает, что специалист должен работать только в тех областях, в которых обладает достаточной квалификацией и знаниями. Психолог несет ответственность за корректность применения методик и интерпретацию результатов, не имея права делать заключения по вопросам, в которых он не обладает профессиональной компетентностью.

Принцип профессиональной тайны касается сохранения конфиденциальности научных психодиагностических методик. Психолог не должен разглашать содержание тестов, их ключи или интерпретационные схемы широкой публике, так как это может снизить валидность методик и исказить результаты диагностики.

Принцип корректности публичных выступлений требует от специалистов соблюдения профессиональной этики при представлении психологической информации в публичном пространстве. Выступления, публикации и популяризация психологических знаний должны быть научно обоснованными, корректными и соответствовать профессиональным стандартам.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие принципы лежат в основе профессиональной психодиагностической деятельности?
2. Какие профессионально-этические стандарты должен соблюдать специалист, проводящий диагностику?

3. Для чего необходимы этические нормы в работе психолога и какие из них являются основополагающими?
4. Какие этические трудности могут возникать на различных этапах психодиагностического процесса?

Темы рефератов.

1. Проблема этических норм психодиагностики
2. Юридические аспекты проблем психодиагностики.
3. Морально-этические проблемы психодиагностики.
4. Требования к личности психодиагноста.

Тест для самопроверки

1. Какой принцип психодиагностики предполагает использование методов, адекватных исследуемым явлениям и исключение субъективных мнений исследователя?
 - a) Принцип научной обоснованности
 - b) Принцип необходимости и достаточности
 - c) Принцип объективности
 - d) Принцип безоценочности
 - e) Принцип трансформации взаимодействия
2. Какой принцип указывает на необходимость учета возрастных норм и взаимодействия психических функций?
 - a) Принцип ориентации на выявление индивидуальности
 - b) Принцип структурно-динамической целостности
 - c) Принцип трансформации взаимодействия
 - d) Принцип компетентности
 - e) Принцип ненанесения ущерба
3. Принцип единства диагностики и коррекции означает:
 - a) Проведение диагностики должно основываться только на объективных данных
 - b) Использование минимального количества диагностических методик
 - c) Связь диагностики с последующей коррекционной работой
 - d) Запрет на публичное обсуждение результатов диагностики
 - e) Обязательное использование научно обоснованных методик
4. Какой принцип требует учета конкретных жизненных обстоятельств испытуемого?
 - a) Принцип профессиональной тайны
 - b) Принцип эффективности рекомендаций
 - c) Принцип научной обоснованности
 - d) Принцип конкретности
 - e) Принцип ненанесения ущерба

5. Какой принцип требует обеспечения надежности и валидности методик?
 - a) Принцип ориентации на выявление индивидуальности
 - b) Принцип объективности
 - c) Принцип необходимости и достаточности
 - d) Принцип научной обоснованности
 - e) Принцип безоценочности
6. Какой принцип запрещает использование субъективных оценок, таких как "плохая память" или "хороший интеллект"?
 - a) Принцип безоценочности
 - b) Принцип научной обоснованности
 - c) Принцип объективности
 - d) Принцип структурно-динамической целостности
 - e) Принцип эффективности рекомендаций
7. Какой принцип подчеркивает уникальность жизненного пути испытуемого?
 - a) Принцип объективности
 - b) Принцип трансформации взаимодействия
 - c) Принцип необходимости и достаточности
 - d) Принцип ориентации на выявление индивидуальности
 - e) Принцип научной обоснованности
8. Какой принцип предполагает сохранение тайны полученных психологических данных?
 - a) Принцип эффективности рекомендаций
 - b) Принцип конфиденциальности
 - c) Принцип безоценочности
 - d) Принцип компетентности
 - e) Принцип объективности
9. Какой принцип требует, чтобы рекомендации психолога приносили пользу испытуемому?
 - a) Принцип объективности
 - b) Принцип трансформации взаимодействия
 - c) Принцип необходимости и достаточности
 - d) Принцип эффективности рекомендаций
 - e) Принцип научной обоснованности
10. Какой принцип запрещает разглашение содержания тестов широкой публике?
 - a) Принцип корректности публичных выступлений
 - b) Принцип объективности
 - c) Принцип эффективности рекомендаций
 - d) Принцип профессиональной тайны
 - e) Принцип трансформации взаимодействия

Образец Информационного согласия на проведение психодиагностики
Информационное согласие

на участие в психодиагностическом обследовании

Я, _____

(Ф.И.О. обследуемого)

дата рождения: «» _____ 20__ г.,

настоящим подтверждаю добровольное согласие на участие в
психодиагностическом обследовании, проводимом

(Ф.И.О. специалиста, должность)

в целях выявления индивидуальных психологических особенностей, уровня
развития познавательных процессов, личностных характеристик и иных
параметров, соответствующих задачам диагностики.

Мне разъяснено следующее:

1. **Цель диагностики:**
обследование проводится для получения психологической информации, необходимой
для обучения, развития, консультирования или профессионального сопровождения.
2. **Применяемые методы:**
будут использоваться стандартизированные психодиагностические методики, научно
обоснованные, валидные и безопасные.
3. **Принцип «не навреди»:**
диагностика не направлена на причинение вреда моему психическому или
физическому состоянию.
4. **Добровольность участия:**
я могу отказаться от участия на любом этапе без объяснения причин.
5. **Конфиденциальность:**
полученные данные сохраняются в тайне и не передаются третьим лицам без моего
согласия, кроме случаев, предусмотренных законодательством.
6. **Право на результаты:**
я имею право получить разъяснение итогов диагностики и рекомендации специалиста.
7. **Использование данных:**
сведения могут применяться только в целях, указанных выше. Для научных
публикаций мои персональные данные не раскрываются.
Подтверждаю, что получил(а) ответы на все вопросы и согласен(сна) на проведение
обследования.

Дата: «» _____ 20__ г.

Подпись участника:

Подпись специалиста: _____

Образец документа «Защита персональных данных при психодиагностике»
Положение о защите персональных данных
при проведении психодиагностического обследования

Настоящее положение регулирует порядок обработки, хранения и использования персональных данных участников психодиагностики.

1. Состав собираемых данных

В процессе обследования могут собираться следующие категории информации:

- Ф.И.О., возраст, пол;
- образовательные и социальные сведения (по необходимости);
- результаты психодиагностических методик;
- аналитические заключения и рекомендации.

2. Цели обработки данных

Персональные данные обрабатываются исключительно для:

- проведения психологического обследования;
- подготовки консультативных рекомендаций;
- разработки индивидуальных программ развития или сопровождения.

3. Принципы защиты информации

Специалист обязуется соблюдать следующие нормы:

1. **Конфиденциальность** — запрет на передачу данных третьим лицам без согласия обследуемого.
2. **Минимизация** — сбор только той информации, которая необходима для диагностики.
3. **Защита от несанкционированного доступа** — хранение данных в запароленных файлах или в закрытых шкафах.
4. **Анонимизация для научных целей** — исключение персональных данных при публикациях.
5. **Ограничение доступа** — доступ к данным имеет только специалист, проводящий диагностику.

4. Сроки хранения и удаление данных

- Данные хранятся не более _____ лет (указать согласно внутренним правилам учреждения).
- По письменному запросу обследуемого данные могут быть удалены досрочно, при условии, что это не нарушает обязательств учреждения.

5. Права обследуемого

Участник имеет право:

- получать информацию о целях и методах обработки данных;
- запрашивать корректировку или удаление данных;
- отзываться согласие на обработку персональных данных.

Подпись специалиста: _____

Подпись обследуемого: _____

Рекомендации по предотвращению рисков

при применении поведенческих техник

Поведенческие техники могут быть мощным инструментом изменения поведения, но при некорректном использовании создают риски для клиента. Настоящие рекомендации направлены на обеспечение их безопасного применения.

1. Общие требования безопасности

1. Использовать только методы, относящиеся к компетенции специалиста.
2. Четко формулировать цель вмешательства и согласовывать её с клиентом.
3. Обеспечивать добровольность участия и возможность отказа без последствий.
4. Применять техники только после полного психодиагностического обследования.
5. Избегать методов, способных усилить стресс, тревогу или вызвать травматизацию.

2. Работа с экспозиционными и десенсибилизирующими техниками

- Не проводить экспозицию без предварительной оценки уровня переносимости.
- Исключать «шоковые» воздействия.
- Усиленное сопровождение при работе с тревожными клиентами.
- Переходить от слабых стимулов к сильным, не ускоряя процесс.
- Прерывать технику при признаках паники или перегрузки.

3. Техники подкрепления и модификации поведения

- Не использовать наказания, нарушающие достоинство человека.
- Исключать манипуляции и принуждение.
- Прозрачно обсуждать критерии позитивного подкрепления.
- Учитывать возрастные и индивидуальные особенности.
- Проводить контрольные встречи для оценки устойчивости результата.

4. Самостоятельные задания клиенту

- Давать только те задания, которые клиент способен выполнить безопасно.
- Предусматривать возможность обратной связи.
- Исключать действия, связанные с риском для физического или психического здоровья.
- При необходимости обеспечивать письменные инструкции.

5. Этические ограничения

- Соблюдать принцип «не навреди».
- Уважать границы клиента и избегать навязывания решений.
- Поддерживать безоценочность и нейтральность.
- Информировать о рисках перед началом работы.
- Вести документацию корректно и конфиденциально.

Заключение к Модулю 3.

Психодиагностика детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) является основополагающим этапом в системе психолого-педагогического сопровождения и организации коррекционно-развивающей работы. В процессе освоения данного модуля обучающиеся приобретают ключевые знания и практические навыки, необходимые для реализации комплексного диагностического подхода, направленного на выявление индивидуальных особенностей ребёнка, степень выраженности нарушений и ресурсные возможности.

Актуальность модуля определяется необходимостью раннего и точного выявления признаков РАС, что позволяет своевременно начать коррекционную работу и выстроить индивидуальную образовательную траекторию. Особое внимание уделяется этапу раннего скрининга, в ходе которого используются стандартизированные шкалы, поведенческие опросники и наблюдение в естественных условиях. Этот этап даёт возможность выделить группу риска и направить усилия на углублённое диагностическое обследование, включающее как психолого-педагогические, так и нейропсихологические, медицинские и поведенческие методы.

Глубокое понимание специфики РАС требует применения дифференциальной диагностики, позволяющей отличить аутизм от сходных состояний (интеллектуальных нарушений, сенсорных дефицитов, синдрома дефицита внимания и др.) и исключить соматическую или неврологическую патологию. Также рассматриваются особенности диагностики в рамках психолого-медико-педагогических комиссий, где важно учитывать мультидисциплинарный подход, обеспечивающий комплексное понимание состояния ребёнка.

Особую ценность представляет изучение поведенческого анализа как инструмента выявления функции проблемного поведения. Это даёт возможность не просто описывать симптомы, но и понимать, какие потребности стоят за нежелательным поведением ребёнка и как можно модифицировать среду для его снижения. Также уделяется внимание методикам оценки когнитивной, речевой, эмоционально-волевой и сенсомоторной сфер, что даёт основу для составления развивающего профиля и планирования коррекционной работы.

Не менее важным аспектом диагностики является соблюдение профессионально-этических норм. Работа с детьми с РАС требует высокой эмпатийности, соблюдения конфиденциальности, учета мнения родителей и соблюдения принципа наименьшего вреда. Этическое сопровождение диагностического процесса обеспечивает доверие между специалистом, ребёнком и его семьёй, формирует партнёрские отношения и повышает эффективность дальнейшей помощи.

Таким образом, психодиагностика в контексте работы с детьми с РАС — это не только сбор данных, но и процесс глубокого понимания внутреннего мира ребёнка, его потребностей и возможностей. Она служит основой для построения индивидуализированных программ коррекции, выбора эффективных методов сопровождения и взаимодействия с семьёй и образовательной средой. Развитие диагностической компетентности специалиста напрямую влияет на успешность включения ребёнка в образовательный процесс и его адаптацию в социуме, что делает психодиагностический этап незаменимым элементом целостной системы помощи детям с РАС.

4 Модуль. Коррекционно-развивающая работа поведенческого психолога с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Аннотация

Модуль раскрывает содержание коррекционно-развивающей деятельности специалиста, работающего с детьми с РАС. Освещаются современные методологические подходы, техники и формы работы, направленные на развитие сенсорной интеграции, коммуникативных и когнитивных навыков, а также вовлечение семьи в коррекционный процесс.

Ожидаемые результаты обучения

После изучения модуля обучающийся должен уметь:

- *Осуществлять планирование коррекционно-развивающей работы на основе диагностики.*
- *Применять оперантное обучение и другие методы развития сенсорной интеграции.*
- *Развивать коммуникативные, социальные и когнитивные навыки у детей с РАС.*
- *Формировать навыки самообслуживания.*
- *Проводить психологическую работу с семьями и разрабатывать индивидуальные образовательные программы (ИОП).*
- *Развитие коммуникации и социальных навыков.*
- *Развитие учебных и когнитивных процессов.*
- *Выполнение бытовых и навыков самообслуживания.*
- *Регулирование особенностей сенсорной обработки.*
- *Формирование результатов работы с родителями.*

1.ЛЕКЦИЯ. Теоретико-методологические основы коррекционно развивающей работы. Организация коррекционно-развивающей работы на диагностической основе.

1.1.Теоретико-методологические основы коррекционно развивающей работы.

В современных условиях система специального образования претерпевает значительные изменения, отражающие смену педагогических подходов: осуществляется переход от клинической модели к гуманистической, ориентированной на личность и общество.

Клиническая парадигма предполагала акцент на дефектах и связанных с ними ограничениях психофизического развития. В рамках данного подхода ребенок с особенностями развития воспринимался как объект педагогического воздействия, а коррекционная работа сводилась к устранению выявленных

недостатков. Этот подход, ориентированный на недостатки, предполагал проведение ряда психолого-педагогических мероприятий в сочетании с медицинским сопровождением, направленных на компенсацию отклонений в развитии.

В современных реалиях специальное образование базируется на гуманистической парадигме, в центре которой находится ребенок, обладающий такими же основными потребностями, как и остальные люди, но испытывающий трудности в их самостоятельном удовлетворении. В отличие от прежней модели, он рассматривается как активный участник образовательного процесса, способный к саморазвитию и взаимодействию. Основная задача педагогической помощи теперь заключается в создании специальных условий для реализации его потенциала, таких как индивидуализация темпа обучения, использование вспомогательных визуальных средств и технических приспособлений.

В гуманистическом подходе термин «коррекция» подвергается пересмотру, так как он предполагает устранение всех отклонений, что не всегда возможно и оправдано. Вместо этого применяется понятие «коррекционно-развивающая работа» (КРР), направленная на профилактику и преодоление ограничений посредством формирования альтернативных путей развития.

Коррекционная деятельность представляет собой систему педагогических мер, нацеленных на ослабление или преодоление отклонений психофизического развития с применением специализированных образовательных средств. Ее ключевая цель – обеспечение всестороннего психического и личностного развития ребенка.

Основной задачей КРР является психолого-педагогическая поддержка при отклонениях в интеллектуальной, эмоциональной, мотивационной, поведенческой, волевой и двигательной сферах. Достижение этой цели возможно путем создания условий, способствующих раскрытию творческого потенциала каждого ребенка.

Современные научные подходы трактуют коррекцию как совокупность воспитательной и развивающей деятельности, а реабилитация в этом контексте рассматривается как конечный результат всех педагогических усилий. Воспитательный процесс не ограничивается исправлением уже имеющихся отклонений, но также направлен на формирование у ребенка новых качеств личности.

Актуальная стратегия КРР направлена на развитие знаний и умений, компенсирующих существующие ограничения. Ее реализация осуществляется за счет [58]:

- создания инклюзивной образовательной среды, способствующей активности и самостоятельности ребенка;
- педагогического сопровождения, предполагающего диалогичность

взаимодействия;

– эмоционального вовлечения ребенка в социальные ситуации.

Эффективность КРР обеспечивается рядом принципов, среди которых [17]:

1. Развивающий характер специального образования.
2. Нормализация.
3. Индивидуальный и дифференцированный подходы.
4. Целостность.
5. Деятельностный подход.
6. Интеграция усилий социального окружения.

Использование общей модели КРР является результативным, так как учитывает закономерности аномального развития, включая:

- трудности обработки, восприятия, запоминания и воспроизведения информации;
- проблемы в развитии речевого опосредования;
- более длительный процесс формирования представлений о мире;
- риск социальной дезадаптации.

Типовая модель КРР предполагает целенаправленное воздействие на проблемные зоны детей с учетом особенностей их нарушений. Например, при интеллектуальной недостаточности внимание уделяется низкой познавательной активности и слабой ориентировочной функции. При трудностях в обучении акцент делается на развитии зрительно-пространственного восприятия, координации движений и саморегуляции. Для детей с расстройствами аутистического спектра работа направлена на формирование эмоциональных и социальных связей [21].

Таким образом, типовая модель КРР является основой для дифференцированного подхода и группирования детей в соответствии с особенностями их развития, что способствует повышению эффективности коррекционно-развивающих мероприятий.

1.2. Организация и планирование коррекционно-развивающей работы на диагностической основе.

Диагностический компонент коррекционно-развивающей работы (КРР) тесно связан с оценочным, поскольку оба блока направлены на изучение особенностей развития детей. Однако их функциональное назначение различается: если диагностический блок ориентирован на выявление направлений, целей и задач КРР, то оценочный блок фокусируется на анализе динамики развития ребенка и определении эффективности проведенной коррекционной работы.

На основе данных диагностического блока формируются диагностические карты и педагогические характеристики, тогда как результатом работы оценочного блока становятся отчеты об эффективности КРР за определенный период. В процессе диагностики развития ребенка задействованы различные специалисты: психоневрологи, отоларингологи, офтальмологи, психологи,

логопеды, педагоги-дефектологи и другие. Исследование проводится с учетом информации, полученной в ходе медицинского обследования, что обеспечивает тесное взаимодействие специалистов и комплексный подход к анализу особенностей развития ребенка.

Ключевым принципом психолого-педагогического изучения детей является комплексность, предполагающая всестороннее обследование с учетом различных факторов. Немаловажную роль играет также принцип развития, ориентированный на изучение психических процессов в динамике. Его реализация требует анализа условий возникновения нарушений, определения тенденций их развития, выявления качественных изменений и факторов, способствующих компенсации выявленных отклонений.

Получение подобной информации возможно на основе анализа анамнеза ребенка, а также проведения экспериментальных исследований, позволяющих оценить характер и степень отклонений, а также их потенциальные пути коррекции.

Современные специалисты отмечают ряд трудностей, связанных с планированием коррекционно-развивающей работы (КРР).

Одна из ключевых проблем заключается в механическом переносе методики планирования учебного процесса на КРР, что проявляется в нескольких аспектах [36]:

- а) совпадение тематики коррекционно-развивающих занятий с уроками или воспитательными мероприятиями;
- б) долгосрочное планирование (на полгода или год), не учитывающее динамику развития ребенка;
- в) использование формата тематического планирования, типичного для учебных программ.

Еще одной распространенной проблемой является восприятие коррекционной работы как универсальной тренинговой деятельности, направленной на развитие отдельных психических функций. Это выражается в формулировке тем занятий, таких как «Развитие памяти», «Тренинг эмоций» или «Игры на развитие мышления».

Третья проблема связана с недостаточным учетом индивидуальных особенностей детей в планах КРР.

Современный научно-методический подход предлагает решения для этих проблем и формулирует ряд принципов, которым должно соответствовать планирование коррекционно-развивающей работы:

- планирование основывается на результатах диагностики, поэтому универсальные планы для всех детей одной категории или возрастной группы невозможны;
- ключевое внимание уделяется не темам занятий, а их целям, вследствие чего основная часть плана представлена перечнем целевых установок;

– важна не численность занятий, а их последовательность, что делает планы гибкими и исключает жесткую регламентацию количества занятий;
– планирование должно учитывать индивидуальные потребности каждого ребенка, отражая его особенности.

Процесс планирования включает в себя несколько этапов: анализ, прогнозирование, постановку целей и непосредственную разработку плана. В технологии планирования КРР выделяются три основных этапа [6]:

1. **Диагностический этап** – направлен на выявление причин трудностей в обучении. Для этого используются диагностические задания и анализ продуктов деятельности ребенка. Итогом данного этапа становится составление диагностической карты.

2. **Аналитический этап** – определяет ключевые цели коррекционно-развивающей работы. Основным методом здесь является анализ диагностических карт, а результатом – формирование перспективного плана.

3. **Прогностический этап** – включает постановку конкретных задач КРР на определенный временной промежуток. Его реализация осуществляется через анализ перспективного плана, итогом чего становится календарно-тематическое планирование.

Таким образом, эффективное планирование КРР базируется на индивидуальном подходе, диагностической основе и гибкости, что позволяет обеспечить наибольшую результативность коррекционной деятельности.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы теоретико-методологические основы коррекционно-развивающей работы?
2. Каким образом осуществляется планирование и организация коррекционно-развивающей работы?
3. Какие принципы организации коррекционно-развивающей деятельности являются основополагающими?
4. Каковы цели и задачи коррекционно-развивающей работы в массовой школе?
5. Какие формы и методы коррекционно-развивающей работы являются наиболее эффективными для детей с РАС?
6. В чем заключаются особенности работы педагога на различных этапах коррекционно-развивающей деятельности с детьми с РАС?

Темы Рефератов.

1. Психологические механизмы коррекционного воздействия игры на детей с РАС.
2. Возможности арттерапии в коррекционном воздействии детей с РАС.
3. Роль эстетического воздействия в коррекции личности ребенка с РАС.

Тест для самопроверки

1. Какой переход происходит в современной системе специального образования?
 - a) От гуманистической модели к клинической
 - b) От коррекционной модели к инклюзивной
 - c) От клинической модели к гуманистической
 - d) От медицинской модели к социальной
 - e) От традиционной модели к когнитивной
2. Как рассматривался ребенок в рамках клинической парадигмы?
 - a) Как самостоятельный субъект обучения
 - b) Как объект педагогического воздействия
 - c) Как равноправный участник образовательного процесса
 - d) Как личность, способная к самореализации
 - e) Как субъект социальной адаптации
3. В чем заключается основная задача педагогической помощи в гуманистическом подходе?
 - a) В устранении всех отклонений развития
 - b) В применении медицинских методов коррекции
 - c) В создании специальных условий для реализации потенциала ребенка
 - d) В исключении ребенка из образовательного процесса
 - e) В подготовке ребенка к трудовой деятельности
4. Что заменяет понятие «коррекция» в гуманистическом подходе?
 - a) Реабилитация
 - b) Медицинская адаптация
 - c) Коррекционно-развивающая работа
 - d) Социальная реабилитация
 - e) Инклюзивное образование
5. Какая цель коррекционной деятельности?
 - a) Полное устранение всех нарушений
 - b) Обеспечение всестороннего психического и личностного развития ребенка
 - c) Применение унифицированных методик обучения
 - d) Социальная изоляция ребенка
 - e) Исключение необходимости педагогического сопровождения
6. Какой принцип НЕ относится к коррекционно-развивающей работе?
 - a) Развивающий характер специального образования
 - b) Унифицированный подход ко всем детям
 - c) Индивидуальный и дифференцированный подходы
 - d) Интеграция усилий социального окружения
 - e) Деятельностный подход
7. Какую проблему в планировании КРР выделяют современные специалисты?
 - a) Механический перенос методики учебного процесса на КРР
 - b) Полный отказ от планирования занятий
 - c) Использование исключительно медицинских методов

- d) Отказ от диагностики при составлении программ
 - e) Исключение педагогов из процесса коррекции
8. Какой этап НЕ входит в планирование коррекционно-развивающей работы?
- a) Диагностический этап
 - b) Логопедический этап
 - c) Аналитический этап
 - d) Прогностический этап
 - e) Разработка календарно-тематического плана
9. Какой из принципов планирования КРР является ключевым?
- a) Количество занятий строго фиксировано
 - b) Планирование осуществляется без учета диагностики
 - c) Формирование универсальных планов для всех детей
 - d) Планирование основывается на результатах диагностики
 - e) Тематика занятий совпадает с учебными предметами
10. Какой результат дает оценочный блок коррекционно-развивающей работы?
- a) Формирование диагностических карт
 - b) Определение направлений работы
 - c) Выявление целей и задач КРР
 - d) Разработка перспективного плана
 - e) Анализ динамики развития ребенка и эффективности КРР

2.ЛЕКЦИЯ. Клинико-психологическая характеристика детей с аутизмом. Психолого-педагогическая систематизация детей с аутизмом.

Развивающий компонент коррекционно-развивающей работы (КРР) охватывает проведение специализированных занятий, создание коррекционно-развивающей среды, а также педагогическое взаимодействие с социальным окружением ребенка.

Основные направления КРР определяются степенью ограничений, с которыми ребенок сталкивается в различных сферах жизнедеятельности, таких как жизнеобеспечение, коммуникация и речь, социализация, досуг, познавательная деятельность и другие.

К числу таких ограничений относятся [5]:

- затруднения в получении информации об окружающем мире и интерпретации его явлений;
- сложности в безопасном и беспрепятственном передвижении в пространстве;
- проблемы с удовлетворением базовых физиологических и бытовых потребностей;
- трудности в выражении собственных нужд, инициировании, установлении и

поддержании диалога;

- недостаток навыков сотрудничества с окружающими;
- неопределенность в выборе способов проведения свободного времени;
- затруднения при выборе будущей профессии и оценке своей готовности к профессиональному обучению;
- сложности с мотивацией, планированием деятельности, ее самоконтролем и самооценкой.

Содержание КРР ориентировано на развитие функциональных умений, которые соответствуют возрасту и индивидуальной ситуации ребенка. Эти умения направлены на преодоление существующих ограничений и создание условий для максимально самостоятельной жизни. К числу ключевых направлений КРР относится формирование познавательных, двигательных, коммуникативных и речевых, социальных, бытовых, трудовых и профессиональных, а также регуляторных навыков.

В КРР применяются как традиционные, так и альтернативные средства. К числу традиционных относятся такие формы деятельности, как игровая и учебная деятельность, труд, внеклассные мероприятия, участие в общественно-полезной деятельности, соблюдение режима, а также лечебно-профилактические процедуры [4].

В современных подходах к КРР активно внедряются альтернативные методы, среди которых можно выделить арт-терапию, иппотерапию, эрготерапию, ароматерапию, а также леготеку (использование конструктивных игр с элементами "LEGO"). Включение в названия многих методов термина «терапия» подчеркивает их коррекционно-развивающую направленность, ориентированную на поддержку ребенка, а не на медикаментозное воздействие.

2.1. Клинико-психологическая характеристика детей с аутизмом.

Детский аутизм, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), относится к диагностической группе F84 «Общие расстройства развития» и включает три категории: детский аутизм, атипичный аутизм и синдром Аспергера. В современной международной практике чаще используется термин «расстройства аутистического спектра» (РАС), который охватывает как классический аутизм, так и состояния, характеризующиеся менее выраженной симптоматикой или наличием сопутствующих заболеваний. Несмотря на различия в проявлениях, все эти состояния имеют общую структуру нарушения психического развития и требуют схожих подходов в психолого-педагогической работе.

РАС нередко сопровождаются интеллектуальной недостаточностью разной степени, задержкой психического развития, нарушениями речи, а также сочетанными расстройствами, такими как поражения слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, эндокринные и соматические заболевания. Эти

нарушения могут быть отдельными компонентами сложных врожденных состояний либо иметь патогенетическую связь с аутизмом. В Казахстане, помимо терминов МКБ-10, используется ряд дополнительных медицинских и психолого-педагогических диагностических формулировок: «задержка психического развития с аутистическими проявлениями», «задержка эмоционально-коммуникативного развития», «нарушения общения и социального взаимодействия» [20].

Детский аутизм представляет собой форму дизонтогенеза, который проявляется в атипичном развитии эмоциональной, коммуникативной, сенсорной, моторной, речевой и интеллектуальной сфер, а также в специфическом формировании произвольного поведения и личности. Основной особенностью этого состояния является асинхронное развитие: одни психические функции развиваются в срок, другие с задержкой, третьи – с опережением. При этом последовательность их формирования не соответствует ни нормальному, ни задержанному онтогенезу. Для детей с аутизмом характерна диспропорция интеллектуального и аффективного развития, когда высокие способности в одной сфере сочетаются с дефицитами в другой.

Одной из ведущих причин аутистических расстройств считается нарушение обработки сенсорной информации. Исследования показывают, что сенсорные системы детей с РАС иначе воспринимают и анализируют сигналы внешнего мира, чем у нейротипичных людей. Большинство детей с аутизмом испытывают трудности с восприятием окружающих раздражителей, что приводит к нетипичным реакциям на стимулы. Выделяют несколько характерных особенностей сенсорной обработки при РАС [39]:

1. Изменение чувствительности – повышенная (гиперчувствительность) или пониженная (гипочувствительность) реакция на сенсорные стимулы. Это может проявляться в сильной реакции на свет, звуки, прикосновения или, наоборот, в отсутствии реакции на боль, холод, громкие шумы.

2. Проблемы с выделением главной информации – трудности фильтрации значимых раздражителей и отсеивания несущественных деталей. Из-за этого дети могут фокусироваться на малозначимых аспектах предметов и ситуаций, упуская общий смысл происходящего.

3. Фрагментарность восприятия – Дети с РАС часто воспринимают мир в виде отдельных деталей, а не целостной картины, что затрудняет развитие речи, познавательных и социальных навыков.

4. Замедленная обработка информации – дети с РАС медленнее осознают и реагируют на происходящее. Иногда они могут выглядеть безучастными, но спустя некоторое время (от нескольких минут до нескольких дней) проявить реакцию на событие.

5. **Изменчивость сенсорного восприятия** – реакции на одни и те же стимулы могут отличаться в зависимости от состояния ребенка. В одном случае звук может казаться приятным, в другом – вызывать страх или агрессию.

6. **Компенсаторные стратегии восприятия** – из-за нарушенной сенсорной обработки дети с аутизмом могут развивать альтернативные способы взаимодействия с окружающей средой. Например, они могут использовать только один сенсорный канал (только зрение или только слух), предпочитать периферийное зрение или временно «отключать» сенсорные системы, уходя в себя.

Кроме особенностей сенсорной обработки, у детей с аутизмом наблюдается низкий психический тонус, повышенная истощаемость, слабая произвольная регуляция и планирование действий. Это приводит к снижению познавательной активности, затрудняет освоение новых навыков, ограничивает возможности социальной коммуникации. Они могут испытывать трудности в удержании внимания, запоминании информации, гибком использовании полученных знаний.

Ещё одним важным аспектом является нарушение эмоционального понимания и социальной адаптации. Дети с РАС испытывают трудности в распознавании и интерпретации эмоций окружающих, не всегда могут правильно выражать свои чувства через мимику, жесты, речь. Им сложно понимать намерения других людей, что приводит к проблемам в коммуникации и социальной интеграции.

Стереотипное поведение – один из ключевых симптомов РАС. Оно может проявляться в повторяющихся движениях, односторонних интересах, ритуалах, стремлении к неизменности. Такие формы поведения выполняют несколько функций [18]:

Защитную – помогают справляться с тревогой, страхами и сенсорными перегрузками.

Тонизирующую – повышают активность при низком психическом тонусе.

Компенсаторную – позволяют упорядочивать восприятие окружающего мира.

Контролирующую – создают предсказуемость и стабильность, снижая стресс от изменений.

Таким образом, аутизм следует рассматривать не как психическое заболевание, а как особый вариант развития, связанный с врожденными трудностями усвоения социальных взаимодействий. Биологически обусловленные нарушения обработки информации и формирования эмоциональных контактов приводят к возникновению специфических стратегий адаптации – ограниченного общения, ухода от социальных контактов, стереотипного поведения. Понимание этих особенностей позволяет разрабатывать эффективные стратегии психолого-педагогической помощи,

направленные на поддержку социальной адаптации и улучшение качества жизни детей с РАС.

2.2. Психолого-педагогическая систематизация детей с аутизмом.

Детский аутизм и расстройства аутистического спектра (РАС) характеризуются значительным клиническим и психолого-педагогическим разнообразием. Даже у детей одного возраста с одинаковым диагнозом могут наблюдаться значительные различия в уровне психического развития отдельных функций: коммуникативной, интеллектуальной, речевой, эмоциональной и социальной. Эти различия обусловлены как особенностями самого расстройства, так и индивидуальными характеристиками ребенка, его окружения и наличием психолого-педагогической поддержки.

Одной из ключевых особенностей развития детей с РАС является его неравномерность. У одних детей наблюдается явный прогресс, они постепенно осваивают новые возрастные этапы развития, иногда даже без специального вмешательства. Другие дети, напротив, длительное время остаются на ранних стадиях развития, демонстрируя минимальную положительную динамику, даже несмотря на значительные коррекционные усилия. Кроме того, восприимчивость к помощи и темпы усвоения информации также значительно варьируются: ребенок может долго не реагировать на коррекционные воздействия, не усваивать материал или делать это крайне медленно, но затем у него может наступить резкий скачок в развитии, за которым нередко следует период временной стабилизации или даже регресса.

С учетом этого в рамках данной программы предлагается систематизация детей с РАС на основе степени их восприимчивости к оказываемой помощи, динамики развития и необходимости применения определенных методов психолого-педагогической работы. Выделяются две основные группы [32]: дети с тяжелыми аутистическими расстройствами и дети с легкими и умеренными аутистическими расстройствами. Внутри каждой группы предусмотрено выделение подгрупп с учетом более детальных различий.

I. Дети с тяжелыми аутистическими расстройствами

Данная группа объединяет детей, которым свойственны значительные трудности в установлении контакта с окружающим миром и усвоении новых навыков. Среди них можно выделить три подгруппы:

Первая подгруппа – дети с наиболее глубокой формой аутизма, проявляющейся в полной отрешенности от происходящего вокруг. Они недоступны для активного контакта, не проявляют интереса к окружающему миру, а любые попытки вовлечения в деятельность или общение могут вызывать у них сильное сопротивление. Их психологические особенности соответствуют первой группе классификации О.С. Никольской.

Вторая подгруппа – дети, которые могут избирательно вступать в контакт с окружающими, однако чаще демонстрируют неприятие окружающего мира, чем стремление к его познанию. Они проявляют выраженную тревожность, часто сопротивляются новому опыту и изменениям в привычной среде. Их поведение соответствует второй группе классификации О.С. Никольской.

Третья подгруппа – дети, у которых аутистические расстройства сочетаются с другими серьезными нарушениями: интеллектуальными, сенсорными или двигательными. Эти дети имеют крайне низкую восприимчивость к помощи, демонстрируют очень медленную динамику развития и требуют применения дополнительных технологий и методов коррекционной работы. Для их сопровождения необходимо участие специалистов-дефектологов (олигофренопедагогов, сурдопедагогов, тифлопедагогов) уже с самых ранних этапов коррекционной деятельности.

II. Дети с легкими и умеренными аутистическими расстройствами

Данная группа включает детей, которые в большей степени восприимчивы к помощи, демонстрируют положительную динамику развития, но все же имеют определенные трудности в общении и адаптации. В этой группе также можно выделить три подгруппы:

Первая подгруппа – дети с умеренными РАС, которые по своим характеристикам соответствуют первой и второй группам классификации Никольской О.С., но при этом демонстрируют хорошую динамику развития и сравнительно высокую восприимчивость к помощи. Эти дети могут проявлять интерес к взаимодействию, использовать речь для выражения своих потребностей, однако их общение остается ограниченным, а речь часто носит эхолалический характер или представлена отдельными фразами. Они способны к выполнению практических заданий и проявляют интерес к определенным видам деятельности, например, к работе с цифровыми устройствами.

Вторая подгруппа – дети с негрубыми аутистическими расстройствами, у которых в меньшей степени выражены негативизм и активное сопротивление изменениям. Постепенное изменение и расширение привычных стереотипов и ритуалов не приводит у них к дезадаптации и поведенческим срывам, а, напротив, способствует возникновению интереса к новым видам деятельности. Они становятся более терпимыми к изменениям, с ними можно договариваться, объяснять что-то, предлагать альтернативные варианты действий. Хотя в их речи все еще встречаются эхолалии и речевые штампы, они могут использовать фразы для выражения своих желаний и потребностей. Часто у этих детей наблюдаются выдающиеся способности в отдельных сферах, таких как память, музыкальный слух, раннее освоение счета, чтения или иностранных языков.

Третья подгруппа – дети с легкими аутистическими расстройствами, у которых основные трудности связаны с инициированием контактов и эффективным социальным взаимодействием. Их негибкое поведение и

недостаточная социальная компетентность могут препятствовать успешной адаптации в образовательной среде. Без поддержки специалистов такие дети испытывают значительные проблемы в общении и социальной адаптации. По своим характеристикам они соответствуют третьей и четвертой группам классификации О.С. Никольской.

Социальные трудности и поддержка детей с легкими формами РАС

Наиболее легкие формы РАС сопровождаются повышенной чувствительностью, эмоциональной ранимостью, неуверенностью в социальных ситуациях. Эти дети особенно восприимчивы к критике и неодобрению, сильно привязаны к близким и требуют постоянной эмоциональной поддержки. Они могут испытывать значительные затруднения в понимании эмоций и намерений окружающих, что мешает им эффективно взаимодействовать в социальной среде. Их поведение часто характеризуется стремлением к стереотипным формам деятельности, трудностями в изменении привычного уклада жизни, а также избеганием сложных или эмоционально насыщенных ситуаций [19].

Для таких детей важна психологическая поддержка, направленная на развитие навыков социального взаимодействия, снижение тревожности и повышение уверенности в себе. Специальные программы могут помочь им более успешно адаптироваться к требованиям школьного образования и повседневной жизни, снижая риски социальной изоляции.

Таким образом, предложенная систематизация детей с РАС на основе их восприимчивости к помощи и динамики развития позволяет более точно подбирать методы коррекционной работы, создавая условия для их наилучшей адаптации и обучения.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы содержательно-методические основы коррекционно-развивающей работы?
2. Чем характеризуется клинико-психологический облик детей с аутизмом?
3. Какова психолого-педагогическая систематизация детей с аутизмом?
4. В чем заключаются особенности клинико-психологической классификации аутизма по О. С. Никольской?

Темы Рефератов.

1. Понимания патогенеза аутизма в зарубежной психологии
2. Понимания патогенеза аутизма в отечественной дефектологии
3. Этиопатогенетическая классификация аутизма К. С. Лебединской

Тест для самопроверки

1. Какой диагностической группе в МКБ-10 относится детский аутизм?
а) F83 «Смешанные специфические расстройства психологического развития»

- b) F85 «Другие нарушения психологического развития»
 - c) F84 «Общие расстройства развития»
 - d) F80 «Специфические расстройства речи и языка»
 - e) F90 «Гиперкинетические расстройства»
2. Какой термин чаще используется в современной международной практике вместо «детский аутизм»?
- a) Аутизм высокой функциональности
 - b) Расстройства аутистического спектра (РАС)
 - c) Психическое отклонение
 - d) Социальная дезадаптация
 - e) Поведенческое расстройство
3. Что является основной особенностью развития детей с аутизмом?
- a) Полное отсутствие интеллекта
 - b) Отставание во всех сферах психического развития
 - c) Асинхронное развитие психических функций
 - d) Отсутствие речи у всех детей
 - e) Постоянное ухудшение когнитивных способностей
4. Какая из сенсорных особенностей НЕ характерна для детей с РАС?
- a) Гипер- и гипочувствительность к сенсорным стимулам
 - b) Фрагментарное восприятие мира
 - c) Замедленная обработка информации
 - d) Способность мгновенно анализировать большие объемы информации
 - e) Изменчивость сенсорного восприятия
5. Какую функцию НЕ выполняет стереотипное поведение у детей с РАС?
- a) Компенсаторную
 - b) Тонизирующую
 - c) Контролирующую
 - d) Развлекательную
 - e) Защитную
6. В чем заключается одна из ведущих причин аутистических расстройств?
- a) Социальная изоляция в детстве
 - b) Нехватка эмоционального контакта с родителями
 - c) Нарушение обработки сенсорной информации
 - d) Недостаток интеллектуального развития
 - e) Влияние внешних стрессов
7. Какой тип детей с тяжелыми аутистическими расстройствами характеризуется полной отрешенностью от окружающего мира?
- a) Первая подгруппа
 - b) Вторая подгруппа
 - c) Третья подгруппа

- d) Четвертая подгруппа
 - e) Такая подгруппа отсутствует
8. Какая особенность наблюдается у детей с РАС в эмоциональном понимании?
- a) Полное отсутствие эмоций
 - b) Чрезмерная эмоциональная чувствительность
 - c) Трудности в распознавании и интерпретации эмоций окружающих
 - d) Способность к мгновенному распознаванию эмоций
 - e) Невозможность испытывать страх или радость
9. Какая характеристика присуща детям с легкими аутистическими расстройствами?
- a) Полное отсутствие речи
 - b) Основные трудности связаны с инициированием контактов и социальной адаптацией
 - c) Глубокая интеллектуальная недостаточность
 - d) Неспособность к обучению
 - e) Полная изоляция от окружающего мира
10. Какая классификация используется для систематизации детей с РАС по степени восприимчивости к помощи?
- a) Классификация Виготского
 - b) Международная система IQ-тестов
 - c) Классификация О.С. Никольской
 - d) Классификация DSM-5
 - e) Психоаналитическая концепция аутизма

3.ЛЕКЦИЯ. Основные подходы к коррекции РАС: структурно-уровневый, эмоционально-уровневый и другие подходы. Факторы выбора коррекционной стратегии.

3.1. Основные подходы к коррекции РАС

В коррекционной работе всегда ставится цель добиться для человека с аутизмом максимально возможной степени самостоятельности, что на практике означает формирование широкого спектра навыков адекватного взаимодействия с окружающим миром. Достижение этой цели требует комплексного подхода, включающего как медицинское, так и психолого-педагогическое сопровождение.

В традициях российской специальной педагогики принято использовать комплексное вмешательство, сочетающее медицинские и психолого-педагогические методы. Это обусловлено сложной природой расстройств аутистического спектра (РАС), которые затрагивают различные аспекты психического и физического состояния человека. Медикаментозная терапия в

коррекции аутизма направлена не на излечение, а на смягчение симптомов, которые могут препятствовать образовательному и психотерапевтическому процессу. Спектр назначаемых медицинских препаратов достаточно широк: от нейролептиков до антидепрессантов, от гипотензивных средств до антиконвульсантов. Основными принципами их применения являются:

- использование медикаментов только при наличии веских оснований и невозможности обойтись без них;
- предпочтение длительной поддерживающей терапии малыми дозами перед курсовой терапией большими дозами;
- отказ от попыток "вылечить" аутизм, сосредоточение на снижении симптоматики, мешающей обучению и адаптации.

Среди современных негативных тенденций, связанных с медикаментозным лечением РАС, стоит отметить широкое применение больших доз стимулирующих веществ и ноотропов без строгих показаний, а также несоблюдение возрастных ограничений при назначении некоторых нейролептиков, в частности рисперидона (рисполепта). Недостаточный контроль со стороны медицинских и государственных структур в этой области вызывает обоснованную обеспокоенность специалистов.

Психолого-педагогические методы коррекции аутизма

Психолого-педагогические методики в работе с детьми с РАС можно разделить на две большие группы [27]:

1. **Основные методы.** Они позволяют ребенку овладеть ключевыми навыками: общением, бытовыми умениями, учебной деятельностью, профессиональной подготовкой, трудовыми навыками и другими важными аспектами повседневной жизни. Выбор одного из этих подходов является необходимым условием организации обучения и коррекции, но сам по себе он не всегда достаточен.

2. **Вспомогательные методы.** Их задача — создать условия для эффективного применения основных методов. Хотя в ряде легких случаев сочетание вспомогательных методов с благоприятными условиями воспитания и обучения (прежде всего в семье) может давать хорошие результаты, в большинстве ситуаций использование только вспомогательных методов является недостаточным.

К вспомогательным методам относят иппотерапию, плавание с дельфинами, холдинг, разнообразные техники арт-терапии, игротерапии и даже йогу. Одной из распространенных ошибок в коррекционной работе является применение исключительно вспомогательных методов без основного обучающего компонента. Другие типичные ошибки включают:

- неудачное сочетание методов;
- выбор основного метода без учета индивидуальных особенностей ребенка.

Факторы, влияющие на выбор коррекционного подхода

1. Характер структуры дефекта

Специфика различных методов коррекции заключается в том, что они по-разному расставляют акценты на ведущих сферах психической деятельности. Например, при выраженных аффективных нарушениях, затрудняющих социальное взаимодействие и обучение, более эффективным оказывается эмоционально-уровневый подход. В то же время, если интеллектуальные нарушения выражены не менее, чем эмоциональные, а страхи и сензитивность к контакту не являются ведущими препятствиями, предпочтение может быть отдано методам поведенческой терапии. Эти методики направлены на формирование предпосылок для дальнейшего интеллектуального и социального развития ребенка [23].

2. Организационные возможности

Для успешного применения любого коррекционного подхода необходимы квалифицированные специалисты, владеющие соответствующими методами работы. Однако в реальных условиях этот фактор далеко не всегда соблюдается, что может значительно снижать эффективность коррекционного процесса. Кроме того, важен объем предполагаемой работы: например, для поведенческой терапии необходимо не менее 15–20 часов индивидуальных занятий в неделю, чтобы достичь значимых результатов.

Организационные условия также играют важную роль. Так, применение подхода ТЕАССН (структурированного обучения) или поведенческой терапии требует четкой организации пространства: наличие возможностей для перемещения мебели, удаления отвлекающих предметов из поля зрения ребенка, использования специализированных материалов и пособий. При отсутствии таких условий систематическое применение этих методов становится затруднительным. Эмоционально-уровневый подход также предполагает создание комфортной среды для ребенка, но организовать ее значительно проще [26].

3. Возраст ребенка

Возраст на момент начала коррекционной работы является важным критерием выбора подхода. В первую очередь, следует учитывать психический возраст ребенка, который желательно определять не только с помощью тестов, но и путем качественного анализа его индивидуального развития, уровня социальной адаптации и особенностей взаимодействия с окружающим миром.

4. Социальная ситуация развития

Эффективность коррекционной работы во многом зависит от социального окружения ребенка и его семьи. Анализируя реальную и потенциальную возможность социальной адаптации, специалистам важно учитывать семейные условия: какое место занимает ребенок в семье, какие ожидания у родителей, каковы их готовность и возможности участвовать в коррекционном процессе. Вовлечение родителей в обучение и коррекционную работу повышает ее эффективность, но если это невозможно (например, родители заняты работой, а с

ребенком остается бабушка), предпочтительнее применять методики, ориентированные на работу "здесь и сейчас", такие как эмоционально-уровневый подход [23].

Выбор методики коррекционной работы при РАС — сложный процесс, требующий учета множества факторов: структуры дефекта, возрастных особенностей, доступных ресурсов и социального контекста. Оптимальный подход должен сочетать основные и вспомогательные методы, учитывать индивидуальные потребности ребенка и организационные возможности образовательного, медицинского или социального учреждения, где проводится коррекция. Такой комплексный и адаптивный подход позволяет достичь наилучших результатов в развитии и социальной адаптации детей с аутизмом.

3.2. Структурно-уровневый подход к коррекции аутизма

Методологической базой отечественного подхода к обучению и коррекции аутизма служит концепция Л.С. Выготского, утверждающая неразрывную связь когнитивных и аффективных процессов в развитии ребенка. Важное место занимает также представление о многоуровневой адаптивной системе, организующей сознание и поведение, в которой аффективная сфера играет ключевую роль. Эта система непосредственно связана с процессами пространственно-временной ориентации и механизмами произвольной регуляции. Каждый уровень регуляции выполняет свою функцию, обладает специфическими механизмами управления и вносит вклад в общий тонус психической активности. Адаптационные задачи, решаемые на каждом уровне, имеют качественные различия, и их взаимозаменяемость невозможна: нарушение функционирования одного из них способно привести к общей дезадаптации всей системы.

Наиболее ранний уровень регуляции — это уровень полевой реактивности, который обеспечивает лишь пассивные формы адаптации. При нормальном ходе развития он не проявляется в чистом виде, а выполняет фоновую функцию, способствуя аффективной настройке индивида на активное взаимодействие с окружающим миром.

Следующий уровень — уровень аффективных стереотипов, который играет решающую роль в формировании первых адаптационных реакций и активной избирательной адаптации ребенка.

Третий уровень, уровень аффективной экспансии, характеризуется тем, что эмоциональные переживания сосредоточены преимущественно вокруг достижения желаемых целей.

Четвертый уровень, уровень смысловой регуляции, связан с активизацией коммуникативных механизмов управления эмоциями, таких как зрительный контакт, мимика, интонации, жесты и двигательные реакции.

В рамках научного направления, основанного К.С. Лебединской и О.С. Никольской, структурно-уровневый анализ эмоциональной организации

личности ребенка лег в основу психологической коррекции аутизма. Н.Я. Семаго и М.М. Семаго предложили модифицированный вариант «Карты наблюдений за поведением ребенка с эмоциональной недостаточностью», разработанной К.С. Лебединской и О.С. Никольской [16].

Исследуя работу отдельных уровней аффективной регуляции, авторы рассматривают ключевые аспекты:

- особенности нарушений взаимодействия между уровнями;
- характер функционирования гиперкомпенсаторных механизмов;
- проявления синдрома аффективной дезадаптации у ребенка в целом.

К.С. Лебединская в контексте психологической коррекции эмоциональных нарушений подчеркивает необходимость направленных коррекционных воздействий, способствующих развитию эмоциональной сферы ребенка. Она выделяет несколько основных направлений коррекционной работы при аутизме [69]:

1. Установление эмоционального контакта и взаимодействия с ребенком, исходя из уровня его аффективной организации. Это включает подбор адекватных аффективных стимулов и методов повышения эмоционального тонуса за счет привычных впечатлений, соответствующих оптимальному для ребенка уровню эмоциональной регуляции.

2. Постепенное усложнение эмоционального взаимодействия, развитие более глубокого контакта и формирование навыков длительного взаимодействия с внешним миром.

3. Введение эмоционального смысла в жизнь ребенка, что предполагает развитие способности ориентироваться в эмоциях окружающих, проявлять эмпатию, воспринимать похвалу и неодобрение, а также стремиться к совершению положительных поступков.

4. Обучение диалогическим формам общения, включающее длительную практику активного слушания и способность учитывать эмоциональные реакции других людей при построении своего поведения.

Коррекционная работа с нарушениями базальной аффективной организации должна строиться поэтапно: от установления эмоционального контакта и формирования доверительных отношений до овладения сложными механизмами социального взаимодействия. Все эмоциональные воздействия должны быть направлены на развитие эмпатии, расширение моделей взаимодействия и углубление форм эмоционального контакта с близкими.

3.3. Эмоционально-уровневый подход к коррекции аутизма

При аутизме система смыслов формируется преимущественно как механизм защиты, что приводит к отклонениям в психическом развитии ребенка. Для содействия в становлении более активной и конструктивной позиции в

отношениях с окружающим миром, без которой невозможно нормальное развитие, применяется разработанный нами эмоционально-смысловой подход.

Этот метод называется смысловым, поскольку его ключевая цель — накопление и структурирование индивидуального аффективного опыта ребенка таким образом, чтобы он стал основой для развития активных и дифференцированных социальных взаимодействий. В то же время он эмоциональный, так как главным средством помощи выступает совместное переживание событий и их эмоциональное осмысление. В теоретическом плане данный подход опирается на традиционное представление отечественной психологии о том, что изначально возникающая психическая общность младенца и взрослого — «пра-мы» (по Л.С. Выготскому) — является отправной точкой для нормального развития любого ребенка, в том числе ребенка с аутизмом. Несмотря на сложности в установлении эмоционального контакта, потребность в нем у детей с аутизмом присутствует, и, при адекватном понимании особенностей их психического развития, специалист может успешно решить эту задачу [74].

Метод предполагает выстраивание эмоционального контакта между терапевтом и ребенком, устранение страхов, агрессивных реакций, негативизма и стереотипий посредством конкретных техник, а также развитие навыков коммуникации и социализации. Хотя перечень используемых средств не является строго фиксированным, ключевую роль играют игротерапия, модифицированные техники психодрамы и эстетотерапия, которые ориентируются на наиболее развитые способности ребенка. Любые элементы директивного подхода исключаются. Предполагается, что создание мотивации к привлекательным для ребенка видам деятельности будет способствовать развитию и других аспектов психики. Вспомогательными инструментами могут служить визуальные расписания, составленные на основе фотографий или надписей, однако они не считаются центральными в терапии [77].

Организация поведения и социализация в рамках данного метода не являются приоритетными задачами. Основное внимание уделяется энергетическому аспекту психики, а вопросы ее структурно-функционального развития и онтогенеза практически не затрагиваются. Подход основывается на идее, что восстановление мотивации автоматически приведет к дальнейшему развитию ребенка. В этом смысле его можно рассматривать как своеобразную адаптацию и модернизацию психоаналитической концепции применительно к аутизму. В практическом плане метод демонстрирует относительную эффективность при легких формах аутизма, особенно в случаях, когда клиническая картина включает выраженные невротические симптомы. Однако при более тяжелых формах аутизма терапевтический эффект достигается медленнее и оказывается менее выраженным.

Вопросы для самоконтроля

1. Какая систематика подходов к коррекции РАС применяется в современной практике?
2. Какие факторы необходимо учитывать при выборе подхода к коррекции РАС?
3. Какие подходы к коррекции и обучению детей с РАС считаются основными?
4. Какая эффективность доказана у существующих методов и подходов к работе с детьми с РАС?
5. Какие подходы к помощи лицам с РАС могут быть потенциально опасными?
6. Чем характеризуется структурно-уровневый подход к коррекции аутизма?
7. В чем заключается суть структурно-эмоционально-уровневого подхода к коррекции аутизма?
8. Составление таблицы «Альтернативные подходы к коррекции расстройств аутистического спектра».
9. Заполните лист наблюдения.(Приложение Е)

Темы Рефератов.

1. Современные подходы коррекции РАС.
2. Теоретические основы коррекционно-развивающей работы РАС.
3. Эмоциональная сфера детей-аутистов.
4. Особенности речи при аутизме
5. Особенности мозговой организации при аутизме.

Тест для самопроверки

1. Какая основная цель коррекционной работы при РАС?
 - а) Полное излечение аутизма
 - б) Социальная изоляция ребенка
 - в) Максимальная самостоятельность человека с аутизмом
 - г) Исключительно медикаментозное лечение
 - д) Исключение ребенка из образовательного процесса
2. Какой принцип лежит в основе медикаментозной терапии при РАС?
 - а) Полное устранение аутизма
 - б) Назначение лекарств без строгих показаний
 - в) Использование исключительно нейролептиков
 - г) Снижение симптоматики, мешающей обучению и адаптации
 - д) Отмена всех медикаментов
3. Какие методы относятся к основным в психолого-педагогической коррекции РАС?
 - а) Иппотерапия и плавание с дельфинами
 - б) Обучение бытовым и учебным навыкам
 - в) Холдинг-терапия и йога
 - г) Исключительно медикаментозная поддержка
 - д) Применение только ноотропов

4. Какие из перечисленных методов являются вспомогательными?
- a) Поведенческая терапия
 - b) ТЕАССН
 - c) Обучение бытовым навыкам
 - d) Арт-терапия, иппотерапия, игротерапия
 - e) Сенсорная интеграция
5. Что может снизить эффективность коррекционного процесса?
- a) Индивидуальный подбор методов
 - b) Квалифицированные специалисты
 - c) Достаточное количество занятий в неделю
 - d) Недостаточный контроль при назначении медикаментов
 - e) Учет возрастных особенностей ребенка
6. Какой фактор влияет на выбор коррекционного подхода?
- a) Исключительно предпочтения родителей
 - b) Только возраст ребенка
 - c) Использование единственной методики
 - d) Наличие только медицинских специалистов
 - e) Структура дефекта, возраст, социальные условия и ресурсы
7. Какое требование предъявляется к организационным условиям коррекции?
- a) Полное отсутствие отвлекающих факторов
 - b) Неограниченный бюджет на коррекцию
 - c) Четкая организация пространства и доступ к материалам
 - d) Исключительно домашнее обучение
 - e) Полная изоляция ребенка от общества
8. Какой метод основан на концепции Л.С. Выготского?
- a) Метод ТЕАССН
 - b) Поведенческая терапия
 - c) Структурно-уровневый подход
 - d) Методика PECS
 - e) Логопедический подход
9. Что является ключевой целью эмоционально-смыслового подхода?
- a) Исключение эмоций из обучения
 - b) Использование исключительно медикаментов
 - c) Запрет на социальные контакты
 - d) Развитие активных и дифференцированных социальных взаимодействий
 - e) Игнорирование эмоциональных потребностей ребенка
10. Что включает первый этап коррекционной работы при нарушениях аффективной организации?
- a) Полное погружение в академические знания
 - b) Игнорирование эмоционального контакта
 - c) Установление эмоционального контакта и взаимодействия

- d) Развитие математических навыков
- e) Работа только с родителями ребенка

Модифицированный вариант «Карты наблюдений за поведением ребенка, имеющего эмоциональное недоразвитие» К.С. Лебединской и О.С. Никольской

Основные ориентиры наблюдений за ребенком с дисфункцией первого уровня аффективной регуляции.

Уровень полевой реактивности

При гипофункции данного уровня имеют место следующие психологические радикалы:

а) чувствительность ребенка к интенсивности изменений в процессе контакта и взаимодействия с другими людьми:

- чувствителен к резкой перемене голоса;
- не переносит неожиданного (например, с незнакомым человеком)

зрительного контакта, также для него труден длительный зрительный контакт;

– чувствителен к качеству прикосновений, напрягается, отклоняется, если кто-либо неожиданно сильно или резко притягивает его к себе, усаживает, передвигает;

– испытывает беспокойство, напряжение, если кто-либо резко меняет дистанцию во время общения (садится близко, касается коленями);

– замирает, капризничает или отказывается работать при быстрой смене видов деятельности;

б) чувствительность ребенка к изменениям в расположении окружающих объектов в процессе освоения им жизненного пространства:

- не любит находиться в пустых, слишком просторных помещениях;
- боится маленьких, закрытых помещений;
- любит порядок, долго раскладывает вещи на столе, пытается как бы все классифицировать, разложить по группам;

в) чрезмерная чувствительность к интенсивности сенсорных впечатлений:

– не любит или боится слишком громких звуков, вида сильного пламени, яркого света, даже незначительных перепадов температуры;

г) особенности поведения:

- боится новых впечатлений;
- боязлив, нерешителен при смене обстоятельств, не уверен в собственных силах, часто перестраховывается;
- часто наблюдается пониженное настроение, бывают резкие перепады в настроении;
- любит играть один.

При гиперфункции первого уровня наблюдается следующее:

а) ребенок не испытывает дискомфорта при интенсивных изменениях во время взаимодействия и общения с другими, что проявляется в следующих особенностях:

- не устает от случайных и частых контактов с другими людьми, может подолгу находиться среди незнакомых людей, в толпе;

- не боится прикосновений чужих людей;

- нечувствителен к изменению дистанции во время общения;

- нечувствителен к отрицательной эмоциональной оценке;

б) ребенок нечувствителен к качеству сенсорных впечатлений:

- устойчив к холоду, голоду, боли;

- неразборчив в еде;

- не имеет выраженных сенсорных привычек;

- стремится к частой смене впечатлений;

в) ребенок не реагирует отрицательно на интенсивное изменение объектов в окружающем во время освоения пространства:

- не боится высоты, достаточно ловко карабкается, любит смотреть вниз с высоты;

- не испытывает страха в просторном или тесном помещении;

г) в поведении чаще всего проявляются следующие особенности:

- не боится оказываться на новом месте, любит находиться один, в том числе в незнакомых местах;

- склонен к бродяжничеству;

- неадекватно оценивает свои возможности, не критичен;

- с трудом усваивает правила поведения, не стремится их выполнить;

- постоянно демонстрирует повышенное настроение.

Основные ориентиры наблюдений за ребенком с дисфункцией второго уровня аффективной регуляции.

Уровень аффективных стереотипов

Дисфункция второго уровня аффективной регуляции – уровня аффективных стереотипов – проявляется не менее разнообразно. Именно на этом уровне закладываются основы формирования индивидуальности человека. Аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением наиболее сложных форм поведения человека. Эти стереотипы задают аффективный смысл поведению.

Особенности поведения ребенка при гипофункции второго уровня проявляются в следующих радикалах:

а) ребенок чрезмерно чувствителен к качеству сенсорных впечатлений и собственному соматическому состоянию:

- имеет устойчивые привычки в еде, требователен к качеству пищи, не принимает новых или незнакомых блюд;

- не любит расставаться с привычной одеждой;

- не любит перепадов температуры, пищу принимает только той температуры, к которой привык;
- не может заснуть в непривычной обстановке;
- часто жалуется на недомогание, не переносит малейшей боли;
- быстро устает, часто жалуется на усталость;
- часто испытывает немотивированный страх за собственное здоровье;
- испытывает страх темноты, одиночества, высоты, незнакомых людей и обстоятельств;

б) ребенок испытывает дискомфорт в нестабильных, меняющихся обстоятельствах:

- с трудом привыкает к режиму в детском саду, школе, чувствителен к изменениям в режиме;
- с трудом привыкает к новому учителю, новому коллективу;
- не любит перемен, новых впечатлений, не стремится к ним;
- капризничает, может отказываться от работы или проявлять агрессию при переключении на новый вид деятельности;

в) ребенок испытывает трудности и дискомфорт во взаимодействии и общении с другими людьми:

- не склонен к сотрудничеству, особенно если оно протекает в непривычных для него обстоятельствах;
- имеет низкую коммуникативность;
- излишне привязан к людям, жалеющим его;
- имеет склонность к защитным, компенсаторным реакциям, в случае отрицательной оценки его деятельности, наказания, раскачивается, сосет палец, тербит предметы и т. п.;
- часто замкнут, неразговорчив, одинок или имеет таких же, как он, друзей;

г) особенности в поведении:

- часто имеет пониженное настроение;
- раздражителен, ворчлив;
- имеет ригидную самооценку;
- чувствителен к ритмическим впечатлениям, любит музыку.

При гиперфункции второго уровня наблюдается следующее:

а) особое влечение ребенка к разнообразным сенсорным впечатлениям, трудности в оценке собственных физиологических потребностей:

- отсутствуют устойчивые привычки в еде, всеяден, любит обильную, разнообразную, вкусную пищу, прожорлив;
- стремится к интенсивным, ярким сенсорным впечатлениям (любит смотреть на огонь, дождь и т. д.);
- имеет тягу к неприятным впечатлениям, небрежлив, может взять с пола пищу и съесть ее;

- не боится боли, вынослив;
- б) проблемы в процессе взаимодействия и общения с другими людьми:
 - агрессивен по отношению к близким, учителям в тех случаях, когда ему не позволяют осуществить влечение, задуманное действие;
 - нечувствителен к нуждам других, если они противоречат удовлетворению собственных;
- в) особенности в поведении:
 - нетерпелив, ригиден;
 - склонен к стереотипным аффективным реакциям при давлении со стороны других;
 - может быть конформным, если хочет добиться своего.

Основные ориентиры наблюдений за ребенком с дисфункцией третьего уровня аффективной регуляции.

Уровень аффективной экспансии

Третий уровень аффективной организации поведения – уровень аффективной экспансии – является следующей ступенью эмоционального контакта человека со средой. Дисфункция третьего уровня аффективной регуляции представлена в виде следующих радикалов.

При гиподисфункции третьего уровня наблюдается следующее:

- а) ребенок испытывает значительные затруднения в решении проблемных ситуаций:
 - не интересуется новыми заданиями;
 - быстро пресыщается, теряет цель, отвлекается, отказывается от деятельности, если она вызывает трудности;
 - требуется постоянная организация деятельности, стимуляция и одобрение для продолжения деятельности в трудных для него обстоятельствах, самостоятельно работу в случаях затруднения не продолжает;
 - испытывает страх перед незнакомыми, новыми, неизвестными обстоятельствами;
 - не может принять решение, сделать выбор, преодолеть сопротивление;
 - склонен к фантазиям на тему успехов, преодоления преград, риска;
- б) ребенок испытывает затруднения в общении и взаимодействии с другими людьми:
 - имеет невысокую коммуникативность;
 - внушаем, некритичен;
 - ощущает чрезмерную потребность во внимании, поддержке, стимуляции со стороны других людей;
 - может использовать способность других людей к сопереживанию с целью заставить их выполнять его желания;
 - сверхосторожен в восприятии отрицательной оценки;
- в) ребенок имеет ряд личностных особенностей:

- испытывает чрезмерную чувствительность к оценке отрицательных впечатлений;

- может быть боязлив;

- неуверен в себе, имеет неадекватную самооценку.

При гиперфункции этого уровня:

а)ребенок затрудняется в понимании смысла взаимодействия:

- легко вступает в контакт, но к эмоциональному взаимодействию не стремится;

- проявляет кратковременную заинтересованность в заданиях;

- легко заражается состоянием другого человека;

- склонен привлекать внимание к себе любыми доступными средствами, порой даже неадекватными;

- подчиняется требованиям только при интенсивной эмоциональной оценке деятельности, под угрозой наказания;

- часто проявляет негативизм;

- требует постоянной оценки своей деятельности (при этом нечувствителен к ее знаку), постоянного внимания к себе;

- часто провоцирует конфликты между другими, испытывая от этого удовольствие;

б)ребенок имеет ряд личностных особенностей:

- склонен к вранью, бродяжничеству;

- стремится к опасным, рискованным поступкам, не испытывает страха высоты, темноты и т. п.;

- испытывает влечение к отрицательным, часто гадким, впечатлениям;

- получает удовольствие от роли бандита, негодяя.

Основные ориентиры наблюдений за ребенком с дисфункцией четвертого уровня аффективной регуляции.

Уровень эмоционального контроля

Дисфункция четвертого уровня– уровня эмоционального контроля – характеризуется следующими признаками.

При гипофункции четвертого уровня:

а) ребенок испытывает трудности в коммуникации и чрезмерную зависимость от эмоциональной оценки других людей:

- проявляет низкую активность в контакте;

- может ошибаться в определении знака эмоциональной оценки в процессе общения, проявляя особую чувствительность к взгляду, голосу, тактильному контакту, дистанции в общении;

- стремится к привычному кругу общения;

- особо раним во взаимоотношениях даже с близкими людьми;

- испытывает постоянную потребность в положительной оценке, во внимании;

- неуверен в правильности своего поведения, постоянно нуждается в подтверждении этой правильности со стороны других;
- постоянно обращается за помощью к взрослым, несамостоятелен;
- имеет чрезмерную симбиотическую связь с матерью (чаще всего);
- ощущает тревогу, страх, отказывается от деятельности при отсутствии эмоционального соучастия близких;
- в деятельности больше ориентируется не на результаты труда, а на их внешнюю оценку;

б) ребенок имеет ряд личностных особенностей:

- внушаем, легко отказывается от своего мнения в пользу мнения значимого человека, часто попадает под аффективное давление других людей;
- мнителен, недоверчив к предложениям других;
- излишне зависим от принятых им норм поведения;
- часто не терпит нарушений в сложившихся взаимоотношениях.

При гиперфункции четвертого уровня:

а) ребенок чувствует чрезмерную потребность в эмоциональном общении с людьми:

- легко вступает в контакт, испытывает удовольствие от общения со случайными людьми, легко заражается их состоянием;
- допускает близкую дистанцию в общении, не чувствует усталости от общения с людьми, даже малознакомыми;
- нетребователен к качеству общения;
- под влиянием других может легко преодолевать трудности, но может под влиянием других и легко отказаться от принятого решения;
- испытывает огромную потребность в восхищении или сопереживании со стороны всех других людей;

б) ребенок имеет ряд своеобразных личностных черт:

- конформен;
- несамостоятелен, часто труслив;
- слепо подчиняется правилам, которые выработаны другими.

4.ЛЕКЦИЯ. Оперантное обучение детей с РАС. Развитие сенсорной интеграции детей с аутизмом

4.1.Общая характеристика оперантного обучения

Оперантное обучение – одно из направлений бихевиоризма, основанное на формировании адекватных ситуаций поведения путем подкрепления положительных реакций у ребенка с аутизмом. Его основателем считается Ивар Ловаас, который в 1960-х годах внедрил данный метод в Калифорнии. Оригинальное название подхода – «прикладной анализ поведения» (Applied Behavior Analysis, ABA). В американской литературе встречается термин «поведенческая терапия» (Behavior Therapy), а в европейских источниках – «оперантная терапия» (Operant Therapy). В данной работе будет использоваться термин «оперантное обучение» [85].

Центральным понятием в оперантном обучении является «оперант» – действие, ориентированное на достижение успеха. Теория метода гласит, что любое поведение имеет последствия: если они приятны ребенку, поведение закрепляется; если нет – угасает. Это означает, что при подкреплении желаемых реакций (например, правильных ответов или адекватных социальных действий) ребенок будет повторять их, а нежелательные формы поведения (крики, размахивание руками, стереотипии) без подкрепления со временем угаснут.

Оперантное обучение позволяет сформировать у ребенка практически любые навыки – от речевой активности и социального взаимодействия до бытовых умений и академических знаний. Метод основан на разбиении сложных навыков на небольшие последовательные шаги. Каждый шаг отрабатывается отдельно и объединяется в единую цепочку, при этом подкрепления постепенно редуцируются: сначала вознаграждение дается за каждый правильный ответ, затем – за серию успешных действий. При этом важна генерализация – перенос усвоенных навыков в естественную среду.

Метод предполагает широкий набор программ, включая формирование зрительного контакта, имитацию, понимание и употребление речи, классификацию предметов, ответы на вопросы, использование местоимений, определение цветов, форм, размеров и т.д. Программы разрабатываются индивидуально, их содержание корректируется в зависимости от прогресса ребенка, а все изменения фиксируются. Оперантное обучение требует значительных временных вложений – от 20 до 30 часов в неделю, а также вовлеченности родителей, которые должны не только участвовать в обучении, но и обеспечивать применение сформированных умений в повседневной жизни.

Метод широко используется в США, Норвегии, Южной Корее, России, Германии и ряде арабских стран. Исследования показывают, что до 90% детей с аутизмом демонстрируют улучшения после применения оперантного обучения, даже при тяжелых формах расстройства. Однако ребенок в данном подходе всегда

является ведомым, что на ранних этапах работы может вызывать протест и негативные эмоции. Оперантное обучение не адаптирует окружающую среду под ребенка, как, например, метод ТЕАССН, а наоборот – вовлекает его в активное взаимодействие с миром, даже если сначала это происходит против его воли. Подход требует непрерывных занятий и полной самоотдачи родителей, что может оказаться сложным для некоторых семей.

Ключевые стратегии оперантного обучения – «дискретная проба», «подкрепление» и «помощь». Обучение строится по трехзвенной схеме (АВС): стимул (предшествующее событие) – реакция ребенка – последствие (подкрепление или отсутствие подкрепления). Каждая проба включает инструкцию взрослого, выполнение действия ребенком (с подсказкой или без) и последующее подкрепление. Например, при обучении имитации педагог говорит «Сделай, как я», наклоняет голову и либо помогает ребенку повторить движение, либо ждет самостоятельного ответа. В случае успешного выполнения ребенок получает подкрепление.

Каждое новое умение отрабатывается в серии из 10 проб, и считается освоенным, если ребенок выполняет его в 80% случаев. Затем начинается обучение следующего навыка. Для генерализации умений меняются условия обучения: используются различные тренеры, материалы и окружение. Навык считается окончательно усвоенным, если ребенок сохраняет его после 3-6 недель проверок.

Оперантное обучение – это четко структурированный метод, в котором педагог следит за точным выполнением инструкций. Важное значение имеет способ подачи инструкций: перед их произнесением взрослый должен привлечь внимание ребенка (например, назвать его имя, установить зрительный контакт). Инструкция должна быть четкой, краткой и неизменной в формулировке, а ожидание реакции ребенка не должно превышать 5 секунд [34].

Чтобы обучение проходило эффективно, используются выразительные интонации, наглядные способы демонстрации успехов, а серии проб чередуются с короткими перерывами. Важно, чтобы каждая серия завершалась успехом, даже если для этого требуется помощь взрослого.

Таким образом, оперантное обучение – высокоорганизованный метод, направленный на формирование ключевых компетенций у детей с аутизмом, в том числе при тяжелых формах расстройства. Оно требует значительных временных ресурсов и активного участия родителей, но при этом показывает высокую эффективность в развитии навыков, необходимых для повседневной жизни.

Изначальное отсутствие у ребёнка с аутизмом определённых способов деятельности указывает на то, что запускающий стимул не провоцирует нужной поведенческой реакции. Например, ребёнок с аутизмом может не реагировать на приветствие, обращение по имени или установление зрительного контакта.

Чтобы сформировать необходимое поведение, применяется метод подсказки (prompt), который представляет собой действия, направляющие ребёнка к желаемой реакции. На этапе формирования нового навыка помощь предлагается сразу после инструкции. Подсказка выступает в роли инструмента инструктажа. Таким образом, в начальной стадии обучения поведенческая реакция вызывается не инструкцией, а дополнительной подсказкой, вводимой педагогом в учебную ситуацию. По мере уменьшения степени помощи и использования подкрепления формируется зависимость реакции ребёнка от инструкции взрослого [51].

Рассмотрим основные виды подсказок [72]:

Физическая подсказка предполагает непосредственное направление движений ребёнка или выполнение действия его руками. Например, при инструкции «открой дверь» взрослый помогает ребёнку совершить это действие, направляя его руку.

Вербальная подсказка заключается в чётком словесном обозначении ожидаемого действия. Например, указание «убери со стола» может быть детализировано фразами: «выбрось салфетку», «отнеси посуду в раковину», «положи хлеб в хлебницу».

Моделирование поведения означает демонстрацию взрослым требуемого действия. Этот метод эффективен только в том случае, если ребёнок способен к подражанию. Например, обучая ребёнка просьбе, взрослый сам произносит: «Скажи "Дай"», где «скажи» — это вербальная подсказка, а «дай» — моделирование.

Жестовая подсказка включает использование движений, способствующих возникновению адекватной реакции, например, указательный жест, прикосновение к предмету, кивки головой. Так, при просьбе «дай» дополнительно можно использовать соответствующий жест — сжатие и разжатие ладони.

Наглядная подсказка представляет собой визуальные средства, такие как изображения, схемы, письменные инструкции. Например, если ребёнку нужно показать красный мяч, его располагают ближе к нему, чем другие мячи.

Существует риск того, что ребёнок с аутизмом может привыкнуть к помощи и стать от неё зависимым, ожидая подсказки вместо самостоятельного выполнения инструкции. Исследователи (И.А. Костин, С.С. Морозова) отмечают, что наиболее быстро развивается зависимость от вербальных подсказок. Поэтому, если требуется освоение навыков, не связанных с речью, предпочтение отдаётся другим видам помощи. В оперантном обучении подсказка должна быть минимально возможной и постепенно сокращаться.

Считается, что формирование мотивации у ребёнка с расстройством аутистического спектра (РАС) во многом зависит от правильного подбора подкреплений. Этот процесс требует не только глубокого понимания

индивидуальных особенностей ребёнка, но и тщательной, последовательной работы по созданию комфортных условий для обучения.

Роль подкрепления в обучении детей с РАС

Подкрепление («reinforcement») представляет собой событие, которое совпадает с определённой поведенческой реакцией и способствует её закреплению, повышая вероятность повторного проявления в будущем. Это один из ключевых принципов оперантного обучения, которое активно применяется в работе с детьми с аутизмом. Примером использования подкрепления может служить ситуация, когда ребёнок испытывает дискомфорт при сидении за столом. Если каждая инструкция, связанная с этим действием, вызывает у него бурную реакцию в виде крика, протеста или плача, педагог может применить метод постепенного привыкания.

Взрослый вводит алгоритм: сначала он говорит ребёнку: «Я считаю до трёх, и ты сможешь встать», затем помогает ему занять нужное положение, считает «Раз, два, три» и разрешает подняться. Этот процесс повторяется несколько раз. Когда ребёнок научится сидеть 3 секунды без выраженного дискомфорта, длительность пребывания за столом постепенно увеличивается — до 5, 10 секунд и далее. Достигнув рубежа в 30 секунд, педагог может предложить выполнить простое действие, например, поиграть в любимую игру. Такой метод позволяет плавно адаптировать ребёнка к новой ситуации без излишнего стресса и сопротивления [33].

Виды подкреплений и их классификация

Стимулы, используемые в качестве подкрепления, могут быть различными, и их подбор осуществляется с учётом индивидуальных особенностей ребёнка. Можно выделить несколько групп подкрепляющих стимулов [32]:

1. **Пищевые подкрепления:** любимые продукты ребёнка, такие как печенье, конфеты, орехи, изюм, сок и прочие угощения. Однако важно контролировать частоту их использования, чтобы избежать зависимости от еды в качестве мотивации.

2. **Игрушки и предметные стимулы:** различные тактильные и визуально привлекательные объекты (мячи, волчки, верёвочки, свистульки, погремушки и т. д.). Для ребёнка с аутизмом значимой может быть не столько сама игрушка, сколько определённые её свойства (например, вращение, движение, звук).

3. **Физическая активность:** прыжки на батуте, катание на качелях, лазание по «шведской стенке» или другие динамические формы поощрения, позволяющие реализовывать двигательную потребность.

4. **Сенсорные подкрепления:** такие стимулы, как объятия, щекотка, покачивание, кружение, возможность уединиться. Они особенно важны для детей с выраженными сенсорными особенностями.

5. **Занятия и увлечения:** просмотр мультфильмов, прослушивание музыки, рисование, перелистывание книг. Для многих детей с РАС подобные занятия являются не только развлечением, но и важным элементом саморегуляции.

6. **Совместные игры с взрослым:** ролевые и пальчиковые игры, такие как «Ладушки», «Сорока», «Поехали-поехали» и другие, в которых взаимодействие с партнёром приносит ребёнку удовольствие.

7. **Система жетонов:** накопительные формы поощрения, когда ребёнок получает наклейки, звёздочки, фишки и другие символические знаки, которые затем можно обменять на более значимый стимул. Этот метод особенно эффективен на поздних этапах обучения, когда формируется понимание отложенного вознаграждения.

8. **Социальные подкрепления:** одобрение со стороны взрослого, улыбка, похвала, рукопожатие. Важно учитывать, что не все дети с РАС воспринимают социальные поощрения одинаково — для одних они могут быть значимыми, для других, наоборот, не иметь мотивационного эффекта.

Подбор и использование подкреплений

Чтобы определить, какие стимулы способны эффективно усиливать желаемое поведение, педагогам и родителям необходимо внимательно наблюдать за ребёнком в свободной среде. Некоторые предпочтения можно выявить, анализируя его стереотипные действия. Например, дети с двигательными стереотипиями нередко испытывают удовольствие от раскачивания на качелях, прыжков, кружения — такие формы активности можно использовать в качестве поощрения.

Помимо наблюдения, важны беседы с родителями и другими значимыми взрослыми, хорошо знающими ребёнка. На основе этих данных составляется индивидуальный рейтинг подкреплений. Для повышения эффективности коррекционной работы подкрепляющие стимулы ранжируются по значимости: наиболее «сильные» используются для сложных или новых заданий, работы в изменённой обстановке, взаимодействия с незнакомыми людьми. Этот список необходимо регулярно пересматривать, так как предпочтения ребёнка могут меняться [64].

Основные принципы подкрепления

Для успешного применения системы подкреплений важно соблюдать ряд принципов [15]:

Индивидуальный подход: каждый ребёнок с РАС имеет свои предпочтения, и универсального подкрепления не существует. То, что мотивирует одного ребёнка, может быть совершенно неэффективно для другого.

Принцип зависимости от успеха: подкрепление предоставляется только после выполнения инструкции, а не произвольно.

Немедленное предоставление: стимул необходимо предложить в течение 0–3 секунд после проявления желаемого поведения.

Разнообразие подкреплений: чтобы избежать привыкания, необходимо чередовать разные виды стимулов.

Учёт возраста: для подростков более значимы другие подкрепления (например, просмотр видео, общение в мессенджере), чем для малышей, которым важны тактильные и эмоциональные стимулы.

Постепенный переход к социальным подкреплениям: с первых этапов коррекционной работы рекомендуется сочетать материальные и физические стимулы со словесным одобрением. Со временем материальные подкрепления постепенно убираются, а похвала становится основной формой поощрения.

Таким образом, использование поэтапного подхода, система последовательных подкреплений и грамотная поддержка со стороны взрослого позволяют сделать процесс обучения детей с РАС более эффективным. Благодаря этим стратегиям можно минимизировать ошибки в коррекционной работе и помочь ребёнку освоить важные навыки.

Внутренний мир ребёнка с аутизмом часто сравнивают с ларцом с драгоценностями, ключ к которому затерян. Однако, если подобрать правильные методики, можно помочь таким детям стать активными участниками собственной жизни, а не пассивными объектами внешнего воздействия. Важно понимать, что каждая методика имеет свои преимущества и ограничения, и только интегративный подход, включающий элементы эмоционально-уровневого, структурированного и оперантного обучения, позволяет добиться максимальной эффективности.

Успех коррекционной работы зависит от специалистов и близких взрослых, их терпения, знаний, внимательного отношения к ребёнку. Важно не только применять стратегии, но и уметь чувствовать состояние ребёнка, адаптировать методику под его индивидуальные особенности и быть готовым к длительной, кропотливой работе.

4.2. Развитие сенсорной интеграции детей с аутизмом

Механизм возникновения синдрома аутизма обусловлен особенностями сенсорной обработки информации и связан с парадоксальными реакциями организма на внешние и внутренние раздражители. У детей с расстройством аутистического спектра (РАС) наблюдаются различные проявления гиперчувствительности или гипочувствительности анализаторов: зрительного, слухового, кожного, двигательного, вестибулярного, обонятельного и вкусового. Эти сенсорные особенности оказывают значительное влияние на поведение, восприятие окружающей среды и адаптацию к социальным условиям.

Сенсорные особенности при аутизме

Сенсорная гиперчувствительность может приводить к тому, что лёгкое прикосновение воспринимается как болезненное, тогда как интенсивное давление, наоборот, успокаивает. Некоторые дети с аутизмом не чувствуют боли или холода,

могут предпочитать острую пищу, резкие запахи, не реагировать на травмы. Другие, напротив, испытывают выраженный дискомфорт от контакта с тканями одежды, текстуры пищи, температурных перепадов или сильных запахов.

При аутизме человек не может волевым усилием контролировать свои сенсорные реакции. Они часто приводят к спонтанному и неконтролируемому поведению, которое является вынужденной реакцией на раздражитель. Лица с аутизмом, способные описать свои уникальные сенсорные переживания, нередко сообщают о дискомфорте, вызванном повседневными стимулами [16]:

- «Меня беспокоят многие звуки: громкие крики, шум толпы, грохот транспорта, хлопанье дверей, звук от пишущего фломастера. Чтобы не слышать эти звуки, я закрываю уши» (Т. Джолифф).
- «Мне было сложно есть, если я не знал, какова пища на ощупь. Я всегда проверял её пальцами перед тем, как положить в рот» (Ш. Бэррон).
- «Запахи собак, кошек, дезодорантов и лосьонов после бритья так интенсивны, что я совершенно не могу их выносить» (Г. Гиллингем).
- «Чтобы приспособиться к новой одежде, мне нужно носить её несколько дней. Сменить брюки, в которых я ходила целую неделю, — это серьёзная проблема» (Т. Грэндин).
- «Я люблю смотреть на световые блики, металлические поверхности, всё, что сверкает. Мне также нравится быстро мигать или включать и выключать свет, чтобы создать такой же эффект восприятия» (Д. Вильямс).

Подобные особенности могут значительно усложнять повседневную жизнь, вызывая стресс, тревожность и дезадаптивное поведение.

Функции необычного поведения при сенсорных нарушениях

Необычное поведение ребёнка с аутизмом, связанное с сенсорными нарушениями, выполняет две основные функции [77]:

1. **Сенсорная защита** — направлена на избегание неприятных или болезненных стимулов. Например, ребёнок с гиперчувствительностью слухового анализатора закрывает уши, убегает в тихое место или даже временно отключает слух, создавая впечатление, будто он глух.

2. **Сенсорная самостимуляция** — возникает при недостаточной чувствительности определённых анализаторов и направлена на усиление сенсорных ощущений. Например, ребёнок с гипочувствительностью двигательного анализатора может бегать по кругу, раскачиваться, прыгать или кружиться, чтобы компенсировать дефицит сенсорных стимулов.

Кроме того, возможно сочетание гиперчувствительности по одним каналам восприятия и гипочувствительности по другим. В таких случаях поведение ребёнка может быть крайне разнообразным: избегание одного раздражителя сочетается с активным поиском другого.

Влияние сенсорных особенностей на развитие и поведение

Сенсорные нарушения при аутизме оказывают значительное влияние на все аспекты жизни ребёнка. Они могут вызывать:

Сложности в обучении и социализации. Ребёнок может избегать групповых занятий, испытывать стресс от шума, не переносить определённую одежду или текстуры материалов.

Проблемы с моторной координацией. Вестибулярные нарушения могут проявляться в неловкости, частых падениях, трудностях с координацией движений.

Эмоциональные и поведенческие реакции. Раздражающие сенсорные стимулы могут вызывать тревожность, истерики, агрессию или стремление к изоляции.

Важно учитывать, что сенсорные особенности у разных детей проявляются по-разному. В то время как один ребёнок может бояться определённых звуков, другой будет стремиться к их воспроизведению.

Подходы к коррекции сенсорных нарушений

Для поддержки детей с аутизмом необходимо [75]:

1. **Создавать комфортную сенсорную среду** – учитывать факторы, вызывающие стресс, и минимизировать их влияние (например, снижать уровень шума, подбирать удобную одежду, избегать резких запахов).

2. **Разрабатывать индивидуальные сенсорные программы** – применять методы сенсорной интеграции, вводить адаптивные стратегии для снижения тревожности.

3. **Использовать альтернативные формы коммуникации** – обучать ребёнка выражать свои сенсорные потребности через жесты, карточки или другие вспомогательные средства.

4. **Поддерживать формирование адаптивного поведения** – постепенно вводить новые сенсорные стимулы, помогая ребёнку привыкнуть к ним в комфортных условиях.

Сенсорные особенности – важный аспект аутизма, требующий особого подхода в обучении, воспитании и повседневной жизни. Знание механизмов сенсорной обработки информации позволяет взрослым (родителям, педагогам, специалистам) лучше понимать поведение ребёнка и создавать условия, способствующие его адаптации и развитию.

Таблица 11. Поведенческие проявления в условиях нарушения чувствительности анализаторов при аутизме

Название анализатора	Сенсорные защиты (гиперчувствительность к раздражителям)	Сенсорные самостимуляции (гипочувствительность к раздражителям)

Зрительный	- боится яркого света, скопления людей - часто моргает - избегает зрительного контакта - зажимается или закрывает лицо руками - неподвижно смотрит в одну точку или сквозь объект, затрудняется перевести взгляд с одного объекта на другой - фокусируется на мелких деталях объектов - рассматривает объекты под необычным углом зрения - не интересуется книгами и изображениями	- надавливает на глазные яблоки - включает и выключает свет - наблюдает за повторяющимися движениями (переворачивает страницы книг, открывает и закрывает дверь, двигает пальцами перед своим лицом) - выстраивает предметы в одну линию - зачарован цветом или рисунком
Слуховой	- постоянно закрывает уши руками - беспокоится (вздрагивает, моргает) в присутствии звонких, громких и неожиданных звуков, которые не раздражают других - не переносит бытовые шумы (стиральная машина, пылесос, фен) - преувеличивает громкость шума, заметно рассеян при фоновом шуме (телевизор, музыка, голоса людей) - слышит едва различимые звуки - предпочитает тихие звуки, спокойный тон голоса - выходит из-под контроля, испытывает головную боль в шумных местах - «мычит» себе под нос, чтобы блокировать внешние звуки	- не распознаёт некоторые звуки - специально хлопает дверью и стучит объектами - играет с игрушками, которые издают звуки - визжит, кричит, жужжит - постоянно повторяет понравившиеся звуки, слова, фразы - предпочитает шумные места, громкие звуки, оживлённый тон голоса

Кожный	- боится находиться рядом с другими детьми из-за риска внезапного или случайного прикосновения - не прикасается к липким объектам и текстурам, незнакомым поверхностям, (отказывается рисовать пальцами, лепить из пластилина, выполнять аппликации) - отказывается носить одежду из определённой ткани, а также шапки и перчатки - не желает обнажать кожу, ходить босиком - уклоняется от умывания, мытья головы, причёсывания и стрижки волос	- стремится к интенсивным, длительным объятиям - забивается в узкие места - предпочитает носить плотную одежду - слабо реагирует на холод и боль - привязан к необычным по текстуре объектам - практикует самоповреждения (царапание, щипание укусы собственного тела, удары по голове и др.)
Двигательный и вестибулярный	- осторожен и неуверен в движениях - теряет равновесие - недостаточно прикладывает силу - избегает лишних, вращательных движений - избегает физических нагрузок (бег, езда на велосипеде, танцы, игры с мячом)	- прыгает - раскачивается - вращается - машет руками - бесцельно двигается по кругу - часто сталкивается с объектами и людьми - принимает и удерживает необычную позу
Обонятельный и вкусовой	- испытывает головокружение, тошноту от некоторых запахов (парфюмерия, работающие электрические приборы, специи, человеческое тело); - не посещает определённых мест из-за непереносимости запахов (столовая, физкультурный зал, зоопарк, общественный туалет, магазин для животных) - чувствует запахи, которые остальные не замечают - предпочитает пресную пищу - избегает новых продуктов - отказывается от ряда продуктов (избегает твёрдой или мягкой текстуры в еде, комбинаций продуктов разной текстуры) - подвержен рвоте во время приёма пищи	- изучает объекты, облизывая и нюхая их; - привязан к объектам с резким неприятным запахом; - любит острую, солёную, приторную пищу; - грызёт несъедобные объекты;

Педагоги и родители могут не догадываться, что ребёнок с аутизмом испытывает физический дискомфорт от привычных для большинства людей раздражителей. Это приводит к неверным интерпретациям его поведения: его могут воспринимать как капризы, недостаток воспитания или даже признак интеллектуальных нарушений. Однако такое поведение зачастую выполняет важные функции – оно помогает ребёнку ощущать контроль над собой, обеспечивать безопасность и компенсировать дефицит определённых сенсорных ощущений.

Запрет на сенсорные особенности поведения лишь усугубляет проблемы ребёнка с аутизмом. Это может приводить к усилению сенсорных защит, развитию более выраженных форм самостимуляции и даже появлению новых, менее адаптивных и социально приемлемых реакций. Ни поощрения, ни наказания не способны нормализовать сенсорную чувствительность при аутизме, поскольку её особенности имеют биологическую природу.

Для эффективной помощи таким детям необходимо учитывать их индивидуальные особенности и потребности. Решение этой задачи требует:

1. **Организации комфортной сенсорной среды** – минимизации раздражителей, вызывающих стресс, и создания благоприятных условий для восприятия.

2. **Индивидуально подобранной сенсорной стимуляции** – системного подхода, направленного на адаптацию ребёнка к различным видам сенсорных воздействий и развитие навыков саморегуляции.

Сенсорная стимуляция ребёнка с аутизмом

Сенсорная стимуляция – это целенаправленный процесс, позволяющий ребёнку с аутизмом накопить позитивный сенсорный опыт в условиях специально организованного взаимодействия. Она направлена на выравнивание сенсорной чувствительности: сглаживание гиперчувствительности и восполнение недостаточной стимуляции в случае гипочувствительности [12].

Процесс сенсорной стимуляции строится на основе тщательного наблюдения за поведением ребёнка, анализе его реакций на различные раздражители и постепенном расширении спектра допустимых сенсорных воздействий (см. таблицу 1).

Для детей с **повышенной сенсорной чувствительностью** важно определить, какие раздражители они переносят сравнительно комфортно, и постепенно вводить новые сенсорные стимулы в мягкой, адаптированной форме. Например:

- Если ребёнок не переносит громкие и неожиданные звуки, особенно речевые, можно начинать с прослушивания спокойной ритмичной музыки на низкой громкости.
- Затем можно предложить прослушивание песен с чёткой структурой, потешек и, в дальнейшем, стихотворных текстов.

- Постепенное привыкание к речевым звукам в комфортных условиях может помочь снизить сенсорную перегрузку и улучшить восприятие речи.

Для детей с **пониженной сенсорной чувствительностью** необходимо найти способы заменить стереотипные самостимулирующие действия на более функциональные и социально приемлемые формы активности. Например:

- Если ребёнок часто подпрыгивает на месте, можно предложить ему занятия на батуте, что обеспечит аналогичный вестибулярный опыт, но в более организованной форме.
- Если ребёнок хлопает в ладоши, можно предложить ему заниматься лепкой из пластилина, что также обеспечит тактильную стимуляцию, но при этом будет способствовать развитию моторных навыков и креативности.

Принципы сенсорной стимуляции включают постепенность, адаптацию к индивидуальным особенностям ребёнка, а также использование интересных и мотивирующих занятий, позволяющих ему получать удовольствие от процесса [64].

Значение сенсорной стимуляции в развитии ребёнка

Систематическая и правильно организованная сенсорная стимуляция способствует [46]:

- **Снижению уровня тревожности** за счёт уменьшения сенсорной перегрузки.
- **Развитию навыков саморегуляции** – ребёнок учится адаптироваться к окружающей среде и контролировать свои сенсорные реакции.
- **Формированию альтернативных стратегий взаимодействия с миром** – привычные формы самостимуляции заменяются более функциональными действиями.
- **Повышению качества жизни** – ребёнку становится легче справляться с повседневными задачами, он чувствует себя более уверенно и комфортно.

Таким образом, понимание сенсорных особенностей детей с аутизмом, а также внедрение индивидуальных стратегий сенсорной стимуляции позволяют создать условия для их полноценного развития, социализации и повышения адаптивных навыков.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы основные характеристики оперантного обучения?
2. Как используется помощь в рамках оперантного обучения?
3. Каково значение подкрепления в оперантном обучении?
4. В чем заключается развитие сенсорной интеграции у детей с аутизмом?
5. Каковы особенности анализа поведения ребенка по таблице 1?

Темы Рефератов.

1. Особенности применения метода сенсорной интеграции в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра.
2. Сенсорные игры как средство развития взаимодействия со сверстниками у ребёнка с детским аутизмом.
3. Дисфункции сенсорной интеграции при аутизме.

Тест для самопроверки

1. Что такое подкрепление в контексте обучения детей с РАС?
 - a) Процесс наказания за нежелательное поведение
 - b) Методика запоминания информации
 - c) Событие, которое способствует закреплению поведения
 - d) Форма устного одобрения
 - e) Исключение нежелательных стимулов
2. Какой из перечисленных методов подкрепления относится к сенсорным?
 - a) Награждение жетонами
 - b) Одобрение со стороны взрослого
 - c) Объятия, щекотка, покачивание
 - d) Игрушки и предметные стимулы
 - e) Просмотр мультфильмов
3. Какой принцип подкрепления включает необходимость немедленного предоставления стимула?
 - a) Индивидуальный подход
 - b) Разнообразие подкреплений
 - c) Принцип зависимости от успеха
 - d) Немедленное предоставление
 - e) Постепенный переход к социальным подкреплениям
4. Какой тип подкрепления используется в системе жетонов?
 - a) Пищевое подкрепление
 - b) Физическая активность
 - c) Накопительные формы поощрения
 - d) Сенсорные стимулы
 - e) Ролевые игры
5. Какой из перечисленных видов подкрепления наиболее значим для подростков?
 - a) Тактильные стимулы
 - b) Просмотр видео и общение в мессенджере
 - c) Ласковые прикосновения
 - d) Игрушки и предметные стимулы
 - e) Награждение сладостями
6. Какой из перечисленных стимулов может быть эффективным для ребёнка с двигательными стереотипиями?
 - a) Словесная похвала

- b) Совместные ролевые игры
 - c) Прыжки на батуте и качели
 - d) Раздача наклеек
 - e) Доступ к мультфильму
7. Что позволяет избежать привыкания к определённым подкреплениям?
- a) Использование только социальных подкреплений
 - b) Предоставление подкрепления в любой момент
 - c) Разнообразие подкреплений
 - d) Исключение физической активности из системы поощрений
 - e) Ограничение сенсорных подкреплений
8. Как называется метод постепенного привыкания к новому поведению?
- a) Сенсорная адаптация
 - b) Метод постепенного привыкания
 - c) Вербальное подкрепление
 - d) Интенсивная коррекционная терапия
 - e) Система исключений
9. Какой вид подкрепления постепенно убирается на поздних этапах обучения?
- a) Материальные подкрепления
 - b) Социальные подкрепления
 - c) Совместные игры с взрослым
 - d) Сенсорные стимулы
 - e) Пищевые подкрепления
10. Почему важно учитывать возраст ребёнка при подборе подкреплений?
- a) Чтобы исключить пищевые подкрепления
 - b) Потому что с возрастом меняются мотивационные стимулы
 - c) Чтобы быстрее сформировать социальные навыки
 - d) Для минимизации сенсорных стимулов
 - e) Чтобы исключить физические подкрепления

5. ЛЕКЦИЯ. Основные и вспомогательные методы коррекции детей с РАС

5.1. Основные методы коррекции РАС

Психолого-педагогические подходы к коррекции аутизма включают в себя разнообразные методы, направленные на формирование навыков общения, социализации, овладение бытовыми, учебными и профессиональными умениями. Эти методы позволяют компенсировать особенности развития, адаптироваться к требованиям социальной среды и выстраивать эффективную систему поддержки для ребенка. Среди наиболее известных и апробированных подходов можно

выделить эмоционально-уровневый подход, прикладной анализ поведения (АВА), сенсорную интеграцию, ТЕАССН-программу, обучение основным реакциям, The P.L.A.Y. Project и методику «Игровое время».

Эмоционально-уровневый подход разработан В. В. Лебединским, К. С. Лебединской и О. С. Никольской и направлен на установление устойчивого эмоционального контакта между терапевтом и ребенком. Он ориентирован на снятие таких проявлений, как страхи, агрессия, негативизм и стереотипные формы поведения. Данный метод способствует развитию коммуникативных навыков и социальных взаимодействий, используя в качестве основного инструмента игротерапию, психодраму и эстетотерапию. Основная идея заключается в том, что привлечение ребенка к наиболее привлекательным для него видам деятельности запускает процессы развития всех психических функций. В рамках метода исключаются элементы директивного воздействия, а вспомогательные средства, такие как визуальные расписания, рассматриваются как дополнительные, но не основные инструменты. Однако практика показывает, что данный подход дает наилучшие результаты в работе с детьми, имеющими легкие формы аутизма, в то время как при более тяжелых нарушениях его эффективность снижается, а положительные изменения проявляются медленно и в ограниченном объеме.

Прикладной анализ поведения (АВА) базируется на принципах поведенческой психологии и направлен на формирование у ребенка социальных и учебных навыков. Основу методики составляет система поощрения желаемого поведения, что способствует его закреплению. В рамках метода активно используется развитие мотивации ребенка, а также четкая структура занятий, что позволяет добиться прогнозируемых результатов. Данный подход считается одним из наиболее эффективных, особенно если коррекционная работа начинается на раннем этапе развития. Он получил широкое распространение в различных странах и активно используется в образовательных учреждениях, центрах коррекции и домашних условиях.

Сенсорная интеграция представляет собой метод, направленный на развитие способности мозга воспринимать и обрабатывать сенсорные раздражители. Дети с аутизмом нередко испытывают трудности в этом процессе, что может приводить к повышенной тревожности, избеганию определенных стимулов или, наоборот, поиску сенсорных ощущений. Сенсорная интеграция включает в себя разнообразные упражнения, способствующие нормализации сенсорного восприятия. Например, раскачивание в гамаке помогает развивать пространственную ориентацию, танцы под музыку способствуют улучшению слухового восприятия, а игра с коробками, наполненными фасолью, развивает тактильную чувствительность. Кроме того, к числу эффективных методов относятся ползание в туннелях, контакт с раскачивающимися предметами, вращение на стуле и балансирование на перекладине. Эти упражнения помогают

ребенку лучше понимать собственное тело, адаптироваться к окружающей среде и формировать стратегии саморегуляции [69].

ТЕАССН-программа представляет собой комплексный метод коррекции, направленный на развитие социальной адаптации детей с аутизмом. Ее основными принципами являются индивидуальный подход к обучению, использование визуальных расписаний и последовательное развитие навыков самостоятельности. Программа была разработана в Университете Северной Каролины и широко применяется в различных странах. Она предполагает структурированное обучение, позволяющее ребенку ориентироваться в пространстве и времени, а также развивать когнитивные и коммуникативные способности. Важное значение имеет организация среды, которая способствует формированию предсказуемых моделей поведения и снижению тревожности.

Метод обучения основным реакциям направлен на развитие ключевых поведенческих навыков, таких как мотивация, самоуправление, социальная инициация и реакция на многочисленные сигналы. Он используется для формирования языковых, коммуникативных и познавательных способностей, а также предполагает активное вовлечение родителей в процесс коррекции. Применение данного метода способствует улучшению адаптации ребенка в образовательных учреждениях и социальной среде.

The P.L.A.Y. Project представляет собой программу раннего вмешательства, направленную на обучение родителей и специалистов методам взаимодействия с детьми с аутизмом. Основная цель программы заключается в развитии коммуникативных навыков через игру, что позволяет ребенку постепенно осваивать новые способы взаимодействия с окружающим миром. Данная программа получила распространение в США, Канаде, Великобритании, Австралии и других странах, где активно применяется для коррекционной работы с детьми раннего возраста.

Методика «Игровое время» основана на концепции поэтапного прохождения ребенком шести стадий развития: интерес к окружающему миру, формирование привязанности, развитие двусторонней коммуникации, осознание себя, символическая игра и эмоциональное мышление. В процессе работы выявляются стадии, на которых развитие ребенка замедлилось или остановилось, и создаются условия для их преодоления. Данный подход помогает ребенку постепенно освоить все уровни развития, необходимые для успешной социальной адаптации [51].

Таким образом, коррекционная работа с детьми с аутизмом требует комплексного подхода, включающего использование различных методов, адаптированных к индивидуальным потребностям ребенка. Оптимальная стратегия включает сочетание нескольких методов, последовательное развитие навыков, участие специалистов и родителей, а также создание благоприятной среды для обучения и социализации. Эффективность коррекционной работы

зависит от системности, последовательности и длительности применения выбранных методик.

5.2. Вспомогательные методы коррекции РАС

Вспомогательные методы терапии создают благоприятные условия для реализации основных подходов к коррекции аутизма, помогая повысить их эффективность и адаптировать ребенка к процессу взаимодействия. Однако, несмотря на положительное влияние, они не могут выступать в качестве самостоятельных и достаточных методов лечения. Среди вспомогательных методов можно выделить иппотерапию, плавание с дельфинами, холдинг-терапию, различные способы эстетотерапии и игротерапии, а также массаж и гипноз.

Метод холдинг-терапии был предложен американским психиатром М. Уэлч в 1980-е годы и направлен на восстановление базального эмоционального доверия между ребенком и семьей. Основной принцип метода заключается в том, что ребенок фиксируется в объятиях родителя или терапевта, что, по мнению сторонников метода, способствует установлению прочной эмоциональной связи. Холдинг-терапия предполагает, что ребенок переживает сопротивление и протест, но в конечном итоге принимает близость и начинает доверять окружающим. Основная идея метода заключается в преодолении дисбаланса между системами эмоционального «приближения» и «избегания», который проявляется у детей с расстройствами аутистического спектра. Однако этот метод остается спорным, так как в некоторых случаях его применение может вызывать стресс у ребенка и приводить к негативным последствиям.

Массаж является распространенным вспомогательным методом, применяемым в терапии аутизма. Он используется для нормализации сенсорных ощущений, снятия мышечного напряжения и формирования толерантности к прикосновениям. Многие дети с аутизмом испытывают гиперчувствительность к тактильным раздражителям, что делает процесс адаптации к массажу длительным и постепенным. В некоторых случаях первые сеансы длятся всего несколько секунд, и только через несколько месяцев удастся добиться того, чтобы ребенок комфортно воспринимал длительные процедуры. Однако при регулярном применении массаж помогает снизить тревожность, повысить допустимость тактильного контакта и улучшить общее самочувствие ребенка.

Гипноз в сочетании с методами интенсивной терапии может быть эффективным инструментом в работе с детьми, страдающими поздним детским аутизмом. Он позволяет установить более тесный контакт с ребенком, находящимся в состоянии транса, что облегчает процесс взаимодействия. В состоянии гипноза у ребенка снижается уровень тревожности, повышается восприимчивость к вербальным и невербальным стимулам, что способствует улучшению коммуникации. При этом традиционные барьеры, такие как избегание

зрительного контакта, игнорирование окружающих и отказ от взаимодействия, частично устраняются. Однако применение гипноза при врожденном аутизме остается недостаточно изученным, и его эффективность требует дальнейших исследований.

Музыкальная терапия является одним из наиболее востребованных методов вспомогательной коррекции, который широко используется с середины XX века. Ее эффективность заключается в способности музыки оказывать позитивное воздействие на эмоциональное состояние, внимание и когнитивные функции ребенка. В процессе терапии у детей развиваются коммуникативные навыки, повышается мотивация к взаимодействию, формируются творческие способности и потребность в самовыражении. Кроме того, музыка способствует улучшению памяти, концентрации внимания и общей сенсорной интеграции. Занятия могут включать в себя пассивное прослушивание музыки, активное воспроизведение звуков с помощью инструментов, вокал, а также элементы танцевальной терапии.

Пет-терапия, или терапия с помощью животных, направлена на развитие коммуникативных навыков ребенка и снижение уровня тревожности. Исследования показывают, что взаимодействие с животными помогает детям с аутизмом снижать уровень агрессии, сокращать частоту эмоциональных вспышек и улучшать общее психоэмоциональное состояние. Наиболее распространенными направлениями пет-терапии являются занятия с собаками и лошадьми, однако в отдельных случаях используются кошки и дельфины. Общение с дельфинами в водной среде способствует развитию концентрации внимания, улучшению коммуникативных способностей и сенсорной интеграции. Хотя дельфинотерапия не является широко распространенной практикой, ее эффективность подтверждается многочисленными положительными отзывами специалистов и родителей детей с аутизмом [38].

Таким образом, вспомогательные методы играют важную роль в комплексном подходе к коррекции аутизма, способствуя развитию эмоционального контакта, сенсорной адаптации, когнитивных и коммуникативных способностей ребенка. Несмотря на то, что они не могут заменить основные методы лечения, их применение в сочетании с базовыми терапевтическими программами значительно увеличивает шансы на успешную социализацию и адаптацию ребенка в обществе.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие методы считаются основными в коррекции РАС?
2. Какие вспомогательные методы применяются при коррекции РАС?
3. Какой основной метод использует педагог-психолог при работе с ребенком с РАС и почему?

Темы Рефератов.

1. Гипноз как терапия при РАС
2. Иппотерапия при аутизме.
3. Плавание с дельфинами при аутизме.

Тест для самопроверки

1. Какова основная цель психолого-педагогических подходов к коррекции аутизма?
 - a) Полное излечение ребенка
 - b) Улучшение когнитивных способностей
 - c) Формирование навыков общения и социализации
 - d) Исключение сенсорных перегрузок
 - e) Развитие креативных способностей
2. Какой из перечисленных методов основан на принципах поведенческой психологии?
 - a) ТЕАССН-программа
 - b) Прикладной анализ поведения (АВА)
 - c) Сенсорная интеграция
 - d) The P.L.A.Y. Project
 - e) Методика «Игровое время»
3. Кто разработал эмоционально-уровневый подход?
 - a) М. Уэлч
 - b) В. В. Лебединский, К. С. Лебединская и О. С. Никольская
 - c) Э. Шоплер
 - d) С. Гринспен
 - e) И. Ловаас
4. Какой из методов включает упражнения, направленные на нормализацию сенсорного восприятия?
 - a) АВА
 - b) ТЕАССН
 - c) Сенсорная интеграция
 - d) Холдинг-терапия
 - e) The P.L.A.Y. Project
5. В каком университете была разработана ТЕАССН-программа?
 - a) Гарвардский университет
 - b) Оксфордский университет
 - c) Университет Северной Каролины
 - d) Московский государственный университет
 - e) Сорбонна
6. Какой метод направлен на обучение родителей и специалистов методам взаимодействия с детьми с аутизмом?
 - a) The P.L.A.Y. Project
 - b) Методика «Игровое время»

- c) Сенсорная интеграция
 - d) ТЕАССН-программа
 - e) Прикладной анализ поведения (АВА)
7. Какой вспомогательный метод коррекции направлен на восстановление эмоционального доверия между ребенком и родителями?
- a) Гипноз
 - b) Пет-терапия
 - c) Холдинг-терапия
 - d) Музыкальная терапия
 - e) Психодрама
8. Какая терапия помогает снизить уровень тревожности и улучшить коммуникативные навыки ребенка через взаимодействие с животными?
- a) Пет-терапия
 - b) Холдинг-терапия
 - c) Сенсорная интеграция
 - d) Методика «Игровое время»
 - e) АВА
9. Какой метод коррекции использует структурированное обучение и визуальные расписания?
- a) Сенсорная интеграция
 - b) АВА
 - c) ТЕАССН-программа
 - d) Музыкальная терапия
 - e) Холдинг-терапия
10. Какой из вспомогательных методов может включать пассивное прослушивание музыки, вокал и танцевальные элементы?
- a) Пет-терапия
 - b) Сенсорная интеграция
 - c) Холдинг-терапия
 - d) Музыкальная терапия
 - e) АВА

6. ЛЕКЦИЯ Развитие коммуникативных и социальных компетенций детей с аутизмом. Коррекция проблемного поведения детей с РАС

6.1. Этапы развития речи.

В современном мире трудно переоценить значение умения общаться, договариваться, понимать окружающих и точно формулировать свои мысли. Эти навыки важны для всех людей, независимо от их нейротипичности. Для людей с

расстройствами аутистического спектра развитие коммуникативных способностей является одной из ключевых задач социальной адаптации.

Система помощи людям с аутизмом должна быть направлена не только на их интеграцию в общество, но и на учет индивидуальных особенностей каждого ребенка. Важно строить обучение и коррекционную работу, исходя из их возможностей и потребностей. Одним из важнейших аспектов коррекционной работы является развитие речевых навыков. Процесс развития речи у детей с расстройствами аутистического спектра требует времени, терпения и постоянной поддержки со стороны родителей, педагогов и специалистов. Важно понимать, что форсирование этого процесса недопустимо, а отсутствие мгновенных результатов не должно становиться причиной разочарования.

Коррекционная работа строится на развитии сохранных структур мозга, а также на использовании зрительных образов, заменяющих абстрактные слова и понятия. Важную роль в этом процессе играет наглядный материал, включающий в себя картинки, символы и визуальные подсказки. Одновременно с этим проводится работа по преодолению артикуляторной апраксии, которая может стать серьезным препятствием для развития речи. Однако даже систематическая работа не гарантирует мгновенного понимания ребенком обращенной речи или прочитанного текста.

Для того чтобы достичь успеха в развитии речи, необходимо пройти несколько предварительных этапов [28]:

Первым этапом является установление первичного контакта между ребенком и педагогом. Для успешного взаимодействия необходимо, чтобы ребенок чувствовал себя в безопасности, мог доверять взрослому и был заинтересован в общении с ним. На данном этапе специалист определяет стимулы, привлекающие внимание ребенка, и разрабатывает индивидуальные методы стимуляции. На основе полученной информации выстраивается система поощрений, которая будет способствовать формированию у ребенка положительного отношения к занятиям и учебному процессу в целом.

Вторым этапом является формирование первичных учебных навыков. Для успешного обучения важно организовать рабочее пространство, которое будет способствовать концентрации внимания и формированию полезных привычек. В большинстве случаев занятия проводятся за столом, но если ребенок испытывает дискомфорт, то на начальном этапе обучение можно проводить в другом удобном для него месте, постепенно переходя к организованному пространству. Важную роль в этом процессе играет тьютор, который помогает ребенку адаптироваться к учебному процессу, а также организовать его взаимодействие с педагогом и окружающей средой. Рабочее место должно быть организовано таким образом, чтобы способствовать выработке полезных стереотипов, например, выполненные задания всегда кладутся слева, а раздаточный материал – справа. Постепенно

ребенок учится самостоятельно поддерживать порядок на своем рабочем месте, что является важным шагом на пути к развитию самостоятельности.

Для поощрения правильных действий используется система позитивного подкрепления, которая мотивирует ребенка к дальнейшему обучению. Одновременно с этим проводится работа над формированием альтернативы зрительному контакту. В большинстве случаев дети с расстройствами аутистического спектра избегают зрительного контакта, поэтому педагог может использовать другие способы взаимодействия, например, фиксировать взгляд ребенка на картинке или предмете. Постепенно можно вводить команду «посмотри на меня», но только в том случае, если это не вызывает у ребенка дискомфорта или стресса. На данном этапе рекомендуется использовать короткие и четкие команды, такие как «возьми», «положи» или «отдай», которые помогут ребенку лучше воспринимать информацию.

Третий этап включает развитие указательного жеста и жестов согласия, таких как «да» и «нет». Если ребенок не использует эти жесты самостоятельно, то их формирование должно происходить во время занятий. В процессе работы педагог регулярно задает ребенку простые вопросы, на которые он может ответить кивком головы. Постепенно вводятся дополнительные жесты, которые помогают ребенку выражать свои желания и потребности. Для поощрения использования жестов важно подчеркивать их значимость в процессе общения. Например, при работе с пазлами или конструктором могут использоваться команды «двигай» или «поверни», после чего ребенок проверяет правильность выполнения задания, сопровождая это комментарием «гладко».

Четвертым этапом является обучение чтению, которое включает несколько различных направлений. Одним из методов является аналитико-синтетическое чтение, при котором ребенок изучает буквы и постепенно учится соединять их в слоги и слова. Другим методом является послоговое чтение, которое помогает ребенку развивать плавность и слитность произношения. Наиболее эффективным для детей с аутизмом считается глобальное чтение, которое основывается на зрительной памяти. При использовании этого метода ребенок запоминает слова целиком, связывая их графическое изображение с реальным объектом.

Для успешного развития навыков чтения используются различные виды упражнений, направленные на автоматизацию речевых процессов. Одним из таких упражнений является чтение знакомых слов и автоматизированных энграмм, таких как имя ребенка, имена его близких или названия знакомых предметов. В ходе занятия ребенок «узнает» надпись на карточке и сопоставляет ее с соответствующим изображением. Другим важным упражнением является чтение слов в сопровождении картинок по различным тематическим категориям. Выбор тематики лучше согласовывать с интересами ребенка, чтобы повысить его мотивацию к обучению.

Еще одним способом развития навыков чтения является работа с письменными инструкциями, которая помогает ребенку лучше понимать смысл прочитанного текста. Например, педагог может составлять предложения, в которых меняются существительные при неизменном глаголе, что позволяет ребенку постепенно усваивать смысл различных конструкций. Также можно использовать серию учебных картинок, к которым составляются соответствующие предложения. В процессе работы можно применять таблички с обозначениями цветов, форм и размеров, что способствует расширению словарного запаса ребенка.

Помимо развития навыков чтения, важно уделять внимание развитию артикуляции. Для этого используются различные логопедические упражнения, направленные на формирование правильного произношения звуков. На начальном этапе логопед помогает ребенку воспроизводить звуки с использованием тактильной стимуляции, например, слегка нажимая на область диафрагмы или зажимая нос. Постепенно ребенок начинает воспроизводить звуки самостоятельно, что является важным шагом в развитии речевой функции [55]

Таким образом, развитие речи у детей с расстройствами аутистического спектра требует системного подхода, терпения и индивидуального подхода. Обучение проходит поэтапно, с учетом возможностей ребенка, и включает работу над первичными коммуникативными навыками, жестами, зрительным восприятием и артикуляцией. Комплексный подход к развитию речи позволяет постепенно улучшать коммуникативные способности ребенка, способствуя его успешной социализации и интеграции в общество.

6.2. Развитие коммуникативных компетенций детей с аутизмом.

Для полноценного развития речи как средства коммуникации необходимо комплексное развитие ребенка, включающее не только речевые упражнения, но и формирование навыков предметной деятельности. Важно, чтобы ребенок не просто механически повторял услышанные слова, но и мог использовать речь в процессе взаимодействия с окружающими. Особое значение имеет сочетание самостоятельной предметной деятельности ребенка с активной речевой деятельностью взрослых, участвующих в его обучении и социализации.

Часто у детей с расстройствами аутистического спектра наблюдается склонность к стереотипным действиям, при которых предметная деятельность сводится к однообразным манипуляциям с игрушками или бытовыми предметами. При этом их речевая продукция ограничивается эхолалиями, повторением шаблонных выражений и фраз, которые могут соответствовать ситуации, а могут быть совершенно оторваны от контекста. Иногда дети с аутизмом проявляют повышенный интерес к ритмически организованной речи, что выражается в постоянном декламации стихов или повторении строк из песен. Однако такие формы речевой активности не всегда сопровождаются осмысленным

использованием языка, и без целенаправленной коррекционной работы ребенок может не научиться применять речь как полноценное средство общения.

Один из важнейших шагов в развитии коммуникации – это формирование ритуалов встречи и прощания. Ребенок должен осваивать и регулярно использовать речевые формулы приветствия и прощания при взаимодействии со всеми окружающими – учителями, одноклассниками, персоналом школы. Это не только способствует развитию речевых навыков, но и помогает ребенку адаптироваться к социальным нормам. Постепенно он учится различать различные социальные ситуации и подбирать соответствующую лексику. Например, он усваивает, что со взрослыми следует общаться уважительно, используя обращения «здравствуйте» и «до свидания», тогда как в неформальной обстановке с ровесниками можно сказать «привет» или «пока».

Если ребенок частично включен в классную деятельность, со временем он начинает осваивать более сложные формы речевого общения, такие как поздравления с праздниками и высказывание пожеланий. На первый взгляд, эти речевые обороты кажутся незначительными, но для ребенка с аутизмом они представляют собой сложную задачу. Освоение подобных речевых форм помогает расширять социальные границы ребенка, учит его лучше понимать окружающий мир и активно взаимодействовать с ним [37].

Еще одним важным аспектом развития речи является обсуждение с ребенком тем, которые представляют для него интерес. Дети с аутизмом нередко проявляют избирательность в общении и интересуются конкретными людьми – одноклассниками, учителями или другими значимыми фигурами. В таких случаях взрослым важно помочь ребенку сформулировать свой вопрос и направить его соответствующему человеку. Однако дети с аутизмом часто испытывают стеснительность при общении, и поэтому взрослым необходимо поддерживать их, помогая преодолевать страхи и неуверенность в себе.

Расширение кругозора ребенка также играет важную роль в развитии его речевых и коммуникативных навыков. Поскольку дети с аутизмом часто ограничиваются узким кругом интересов, необходимо постепенно знакомить их с новыми темами, но делать это на основе уже знакомых и значимых для них вещей. Эффективным инструментом в этом процессе является работа с художественной и познавательной литературой. Совместное чтение книг, обсуждение сюжетов и персонажей способствует развитию понимания речи, формированию новых понятий и расширению словарного запаса.

Работа по развитию речи и коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра требует от педагогов большого терпения, внимательности и индивидуального подхода. Важно не только обучать ребенка новым речевым формам, но и помогать ему интегрировать их в реальную жизнь, делая процесс общения более осмысленным и продуктивным. Специалистам необходимо учитывать особенности каждого ребенка, поддерживать его

инициативу и создавать условия, в которых он сможет чувствовать себя уверенно и комфортно. Такой комплексный подход позволит не только развить речевые навыки, но и значительно повысить качество жизни ребенка, способствуя его успешной социализации.

6.3. Развитие социальных компетенций у детей РАС

Исследователи считают недостаточное развитие социально-коммуникативных навыков одной из ключевых проблем, препятствующих полноценному развитию, адаптации и социализации детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Эти трудности обусловлены отсутствием потребности, мотивации и способности к общению, что создает серьезный барьер для формирования навыков взаимодействия с окружающим миром. В научной литературе подчеркивается, что развитие коммуникативных способностей у детей с РАС необходимо строить на основе формирования их аффективного отношения к окружающим и создания естественной потребности в речевом взаимодействии.

Нарушения социального взаимодействия у детей с аутизмом начинают проявляться уже в первые месяцы жизни. Исследования Л. Т. Журбы и Е. М. Мастюковой показали, что в отличие от нейротипичных младенцев, которые с раннего возраста сосредотачиваются на глазах собеседника, Дети с Рас часто избегают зрительного контакта. Они могут смотреть мимо лица взрослого, устремлять взгляд вверх или «сквозь» собеседника. По наблюдениям родителей, их первая улыбка может появляться в стандартные сроки, но не направляться на человека. Кроме того, Дети с Рас первого года жизни зачастую индифферентны к окружающим: они мало реагируют на попытки взрослых взять их на руки, иногда напрягают тело или даже демонстрируют отчетливую неприязнь к физическому контакту и ласке.

По мере взросления детей с РАС их коммуникативные особенности становятся более выраженными. Например, как отмечает А. А. Нестерова с соавторами, в организованных совместных играх и других формах коллективного взаимодействия они вступают в контакт с окружающими всего лишь в течение 6 % времени от общего периода взаимодействия. Это свидетельствует о выраженной сложности в установлении социальных связей, что требует специальной коррекционной работы.

Формирование социально-коммуникативных навыков у детей с РАС напрямую связано с речевым развитием. Родители часто обращаются за помощью к специалистам именно по причине задержки речевого развития, подозревая у ребенка наличие расстройств аутистического спектра. Действительно, в раннем возрасте задержка речи у детей с аутизмом выражена весьма значительно: если при нормотипичном развитии первые слова появляются в 8–12 месяцев, то у детей с РАС они могут возникнуть только к 38 месяцам. По статистическим данным, от 25 % до 50 % людей с аутизмом так и не овладевают функциональными речевыми

навыками, что делает альтернативные средства коммуникации (жесты, карточки, вспомогательные технологии) важной частью коррекционной работы. В то же время даже у тех детей, которые формально владеют языковыми нормами, коммуникативные трудности сохраняются. Например, их речь может быть нецелесообразной, эхоталичной или несоответствующей ситуации. Некоторые дети с РАС начинают говорить рано, но их высказывания носят механический или стереотипный характер, не служат для взаимодействия с окружающими и не способствуют полноценному общению.

Процесс обучения детей с РАС в образовательной среде требует особого подхода. Хотя такие дети способны осваивать академические дисциплины – чтение, счет, письмо – наравне со сверстниками, их включение в школьную программу не должно ограничиваться лишь передачей знаний. Индивидуальное обучение в домашних условиях также может обеспечить освоение базовых академических навыков, но именно образовательная среда предоставляет уникальные возможности для социальной адаптации. Она способствует развитию коммуникативных способностей, навыков взаимодействия с окружающими и преодолению характерных для аутизма трудностей.

При организации образовательного процесса важно учитывать начальный уровень развития ребенка и индивидуально адаптировать программу. Оценка имеющихся навыков позволяет педагогам целенаправленно работать над развитием тех способностей, которые требуют особого внимания, таких как речь, коммуникация и социальное взаимодействие. При этом низкий уровень определенных навыков или их отсутствие не являются препятствием для участия ребенка в образовательном процессе. Напротив, грамотное включение ребенка с РАС в школьную среду с учетом его индивидуальных особенностей помогает преодолевать барьеры в развитии и формировать необходимые для жизни компетенции [19].

Таким образом, успешная работа с детьми с аутизмом должна включать комплексный подход, сочетающий развитие социально-коммуникативных навыков, коррекцию речевых нарушений и адаптацию образовательной среды. Педагогам и специалистам требуется учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка, использовать различные методики обучения и поддержки, а также создавать условия, способствующие социальной интеграции. Такой подход позволяет не только помочь ребенку освоить академические знания, но и подготовить его к самостоятельной жизни в обществе.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы этапы развития речи у детей с РАС?
2. Какие коммуникативные компетенции нарушаются у детей с РАС?
3. Какие особенности наблюдаются в развитии социальных компетенций у детей с РАС?

4. Какие упражнения можно использовать для развития коммуникативных и социальных компетенций?

Темы Рефератов.

1. Обучение ребенка РАС навыкам сотрудничества.
2. Организация сенсомоторной коррекционно-развивающей среды
- 3.«Вклад Л. Каннера в становление теории аутизма»

Тест для самопроверки

1. Какую ключевую задачу решает развитие речевых навыков у детей с РАС?
 - a) Развитие памяти
 - b) Улучшение моторики
 - c) Социальная адаптация
 - d) Повышение интеллекта
 - e) Формирование творческих способностей
2. Какой фактор особенно важен на первом этапе развития речи?
 - a) Запоминание слов
 - b) Развитие артикуляции
 - c) Установление контакта с педагогом
 - d) Обучение чтению
 - e) Использование альтернативных методов общения
3. Что помогает ребенку адаптироваться к учебному процессу?
 - a) Применение сложных речевых конструкций
 - b) Развитие фонетического слуха
 - c) Помощь тьютора
 - d) Обучение письму
 - e) Изучение иностранных языков
4. Каким образом компенсируют трудности понимания абстрактных слов у детей с РАС?
 - a) Использованием устных объяснений
 - b) Повторением текстов
 - c) Применением зрительных образов и визуальных подсказок
 - d) Чтением художественной литературы
 - e) Развитием ритмических навыков
5. Что помогает ребенку усваивать правильность выполнения задания при работе с пазлами и конструкторами?
 - a) Чтение инструкций
 - b) Использование электронных пособий
 - c) Команды типа «двигай» или «поверни»
 - d) Зрительный контакт с педагогом
 - e) Запоминание последовательности действий

6. Какой метод обучения чтению наиболее эффективен для детей с РАС?
- a) Поэтапное чтение
 - b) Фонетический анализ
 - c) Чтение наизусть
 - d) Глобальное чтение
 - e) Метод ассоциативных образов
7. Какой жест ребенок осваивает на третьем этапе развития речи?
- a) Указательный жест
 - b) Жест «стоп»
 - c) Жест «иди сюда»
 - d) Жест «дай»
 - e) Жест «молодец»
8. Какой тип упражнений способствует автоматизации речевых процессов у детей с РАС?
- a) Игры на развитие мелкой моторики
 - b) Чтение знакомых слов и автоматизированных энграмм
 - c) Диктанты
 - d) Прослушивание аудиокниг
 - e) Запоминание стихов
9. Почему важно учитывать индивидуальные особенности ребенка при коррекционной работе?
- a) Для повышения мотивации
 - b) Для ускорения обучения
 - c) Для выявления слабых мест
 - d) Для повышения успеваемости
 - e) Для эффективного построения системы обучения
10. Что является важным элементом коррекционной работы по развитию речи?
- a) Ориентация на учебную программу школы
 - b) Запоминание большого количества слов
 - c) Постоянный зрительный контакт
 - d) Система позитивного подкрепления
 - e) Игнорирование эхоталий

7. ЛЕКЦИЯ. Развитие предметно-манипулятивной деятельности Развитие общей и тонкой моторики.

7.1. Развитие предметно-манипулятивной деятельности

Для полноценного развития предметно-манипулятивной деятельности ребенка с ранним детским аутизмом необходима тесная взаимосвязь нескольких функциональных сфер, включая восприятие, способность к имитации, развитую общую и тонкую моторику, а также координацию движений глаз и рук. Все эти компоненты играют ключевую роль в формировании навыков, необходимых для эффективного взаимодействия ребенка с окружающим миром. Без достаточного развития этих сфер ребенок может испытывать трудности в освоении новых видов деятельности, в том числе связанных с учебным процессом, бытовыми навыками и социальной адаптацией.

Одним из наиболее значимых факторов, влияющих на развитие ребенка с расстройствами аутистического спектра, является процесс восприятия. Дети с аутизмом часто сталкиваются с проблемами в переработке сенсорной информации, что может приводить к искажению их представлений об окружающем мире. Такие нарушения могут затрагивать как один конкретный анализатор, например слуховой, зрительный, тактильный или обонятельный, так и несколько одновременно. Из-за этого ребенок испытывает трудности в интеграции сенсорных сигналов, поступающих из различных источников, что мешает ему формировать целостное представление об окружающей действительности. Восприятие у ребенка с аутизмом может быть как избыточным, так и недостаточным, что влияет на его поведение и способность к обучению. Некоторые дети могут быть гиперчувствительными к звукам, свету или прикосновениям, что приводит к избеганию определенных раздражителей, тогда как другие, напротив, могут искать усиленную сенсорную стимуляцию. Нарушения могут проявляться в самых разных аспектах жизни ребенка, создавая значительные препятствия на пути его адаптации к образовательной и социальной среде. Особенно серьезными оказываются трудности в переработке аудиовизуальной информации, так как именно эта сфера связана с познавательной деятельностью, развитием речи и процессами обучения [42].

Важную роль в развитии предметно-манипулятивной деятельности играет способность к подражанию. Имитация представляет собой ключевой механизм, который лежит в основе многих естественных учебных и воспитательных процессов. Она играет решающую роль в освоении языка, приобретении социальных навыков и формировании адекватного поведенческого репертуара. Без способности к подражанию ребенок не может эффективно перенимать поведенческие модели окружающих, что значительно ограничивает его возможности в коммуникативном и социальном плане. Именно через подражание дети осваивают многие необходимые навыки, включая бытовые, учебные и игровые. Однако у детей с ранним детским аутизмом часто наблюдаются серьезные трудности, связанные с развитием имитационных способностей. Некоторые из них овладевают подражанием с большим запозданием по сравнению с нормотипичными сверстниками, другие же демонстрируют

искаженные или стереотипные формы подражательного поведения, повторяя одни и те же действия вне зависимости от ситуации или контекста.

Формирование навыков имитации является одной из первоочередных задач в коррекционной работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра. На первых этапах развития обучение подражанию начинается с простых и непосредственных повторений движений и действий взрослых или других детей. Важно, чтобы эти действия были понятны и интересны ребенку, поскольку мотивация играет значительную роль в процессе обучения. Постепенно, по мере формирования более сложных когнитивных процессов, ребенок осваивает способность к воспроизведению более сложных и целенаправленных действий. В дальнейшем это способствует не только расширению его поведенческого репертуара, но и более успешной интеграции в социальную среду, а также развитию навыков общения и саморегуляции.

Еще одной важной составляющей предметно-манипулятивной деятельности является моторика, которая делится на общую и тонкую. Общая моторика связана с крупными движениями тела, координацией, равновесием и общей физической активностью. Тонкая моторика, в свою очередь, отвечает за точные движения пальцев и рук, что особенно важно при выполнении различных действий, связанных с рисованием, письмом, застегиванием пуговиц, использованием столовых приборов и другими повседневными задачами. У детей с аутизмом часто наблюдаются трудности в развитии как общей, так и тонкой моторики, что может приводить к затруднениям в самостоятельном обслуживании и выполнении образовательных заданий.

Для коррекции данных нарушений используются различные методы и подходы. В частности, эффективными оказываются упражнения на развитие мелкой моторики, такие как лепка из пластилина, работа с мозаикой, нанизывание бусин на нить, занятия рисованием и аппликацией. Развитие общей моторики может включать упражнения на координацию движений, баланс и пространственную ориентацию, например занятия на спортивных снарядах, игры с мячом, танцевальные движения. Кроме того, важную роль играет стимуляция сенсорного восприятия, поскольку нарушения в данной сфере могут существенно затруднять освоение моторных навыков. Сенсорные интегративные упражнения, направленные на гармонизацию восприятия различных раздражителей, помогают детям с аутизмом лучше ориентироваться в пространстве и адаптироваться к окружающей среде [22].

Таким образом, для эффективного развития предметно-манипулятивной деятельности у ребенка с аутизмом необходим комплексный подход, включающий развитие восприятия, формирование навыков подражания, тренировку моторики и координации движений. Только при сочетании всех этих компонентов можно создать условия, способствующие успешной адаптации ребенка, развитию его коммуникативных и познавательных способностей, а также

повышению уровня самостоятельности в повседневной жизни. Работа в данном направлении требует систематичности, терпения и использования индивидуально подобранных методов, учитывающих особенности каждого ребенка.

7.2. Развитие общей и тонкой моторики

У детей с ранним детским аутизмом часто проявляется моторная недостаточность, что выражается в отсутствии содружественных движений, а также в появлении однообразных, часто повторяющихся действий. Эти стереотипные движения могут включать разгибание и сгибание пальцев рук, потягивание, а также вращательные движения кистями около глаз, чаще возле их наружных уголков, особенно в моменты волнения. Такие двигательные особенности нередко являются способом саморегуляции, помогающим ребенку справляться с внешними раздражителями.

Кроме того, у детей с РДА наблюдаются выраженные нарушения мимической активности. Они практически не пользуются мимической мускулатурой лица, их взгляд часто направлен мимо людей или словно "сквозь" них, что затрудняет социальное взаимодействие. Эти особенности могут приводить к трудностям в установлении контакта с окружающими, что особенно важно учитывать при выборе методик работы с такими детьми.

Аутичному ребенку, как и любому другому, необходимы регулярные физические нагрузки, поскольку они способствуют поддержанию психофизического тонуса и снятию эмоционального напряжения. Исследования показывают, что чем выше двигательная активность ребенка, тем лучше развивается его речь. Взаимосвязь общей и речевой моторики была изучена и подтверждена многими известными учеными, включая И.П. Павлова, А.А. Леонтьева и А.Л. Лурию. Развитие координации движений напрямую связано с освоением речевых навыков, что делает физическую активность важной составляющей коррекционной работы.

Формирование движений происходит при активном участии речи, поскольку точное, динамичное выполнение упражнений для различных частей тела подготавливает артикуляционный аппарат к освоению звуков и слов. Особенно важным фактором является развитие тонких движений пальцев рук. Исследования, проведенные М.М. Кольцовой, подтверждают, что движения пальцев рук исторически связаны с речевой функцией. Именно поэтому развитие ручной моторики способствует активизации речевых зон головного мозга, что важно для формирования полноценной коммуникативной системы ребенка.

Однако у детей с РДА наблюдаются сложности в управлении мышечным тонусом, что сказывается и на моторике рук. Например, ребенок может демонстрировать удивительную ловкость в произвольных действиях: малыши 2–3 лет быстро и аккуратно перелистывают страницы книги, а дети постарше легко собирают сложные пазлы или мозаики. Но при этом те же дети испытывают

серьезные затруднения в выполнении движений по просьбе взрослого. Например, при попытке научить ребенка рисованию его рука может становиться вялой и атоничной или, наоборот, он может с такой силой нажимать на карандаш, что прорвет бумагу. Это объясняется трудностями в произвольном контроле движений, что требует специальных методик коррекционной работы [62].

Взрослый должен помочь ребенку усвоить моторный стереотип действия. Один из эффективных методов включает манипуляцию руками ребенка, поддержку и направление его кистей при выполнении пальчиковой гимнастики. Такой подход является наиболее адекватным, поскольку сложности с произвольной концентрацией внимания делают невозможным выполнение заданий по образцу или подражанию на первых этапах работы.

Развитие общей и тонкой моторики должно происходить параллельно. Упражнения подбираются с учетом возраста и индивидуальных возможностей ребенка. Развитие общей моторики включает обучение владению телом, что важно для предметно-манипулятивной деятельности. Среди наиболее распространенных нарушений общей моторики у детей с аутизмом выделяют слабость мышечной силы, нарушение равновесия, плохой контроль за скоростью и силой движений, трудности в координации и включении всего тела в процесс движения.

Для коррекции данных нарушений применяются интенсивные упражнения, способствующие совершенствованию моторных навыков. Наиболее эффективный возрастной период для такой работы – первые шесть лет жизни, когда развитие моторики идет наиболее интенсивно. При этом важно учитывать уровень активности ребенка, поскольку некоторые дети с аутизмом демонстрируют чрезмерную подвижность, что может использоваться в образовательном процессе.

Развитие тонкой моторики также является важной задачей коррекционной работы. Улучшение ручной моторики способствует активизации моторных речевых зон и подготовке к овладению письменной речью. Развитие тонких движений рук включает контроль движений пальцев, самостоятельное хватание предметов, координирование действий рук и целенаправленное оперирование объектами.

В качестве методов развития ручной моторики используются традиционные занятия: пальчиковая гимнастика, лепка, рисование, аппликация, вырезание, нанизывание бусин, вышивание, конструирование. Однако при выборе заданий необходимо учитывать текущее состояние ребенка. Например, если он возбужден или расторможен, не стоит давать ему острые предметы (ножницы, иглы), а если ребенок склонен к оральным стереотипиям – лучше избегать использования пластилина и красок [31].

Важно соблюдать условия, повышающие эффективность занятий. Во-первых, необходимо учитывать интересы ребенка, придавая эмоциональный

смысл выполняемым заданиям. Во-вторых, важно показывать упражнения перед их выполнением, сопровождая действия словесным описанием. Постепенно ребенку предлагают выполнять задания самостоятельно, с минимальной поддержкой взрослого.

Также рекомендуется использовать сюжетный комментарий во время упражнений, чтобы удерживать внимание ребенка на задании. Немаловажное значение имеет эмоциональное поощрение: необходимо подчеркивать даже незначительные успехи ребенка, мотивируя его к дальнейшему участию в занятиях. Повторение названий действий и предметов способствует расширению словарного запаса и повышению коммуникативных навыков.

Одним из эффективных методов развития моторики и речи являются пальчиковые игры, которые представляют собой своеобразный "театр" для ребенка. Они не только способствуют развитию ловкости, но и помогают снять психоэмоциональное напряжение, способствуют координации движений и развитию речи. При этом важно не принуждать ребенка к таким играм, а заинтересовать его, постепенно вводя новые элементы.

Японский исследователь Н. Токухиро установил, что определенные виды пальчиковых упражнений оказывают положительное влияние на здоровье ребенка. Так, тренировка и массаж мизинца улучшают деятельность сердца, работа с безымянным пальцем нормализует функции печени, а стимуляция среднего пальца способствует снижению артериального давления [11].

Таким образом, пальчиковые игры и другие виды двигательной активности способствуют не только развитию моторных и речевых навыков, но и улучшают общее самочувствие ребенка. Их регулярное использование в образовательном процессе помогает детям с РДА адаптироваться к окружающему миру, повышает их самостоятельность и способствует успешному развитию коммуникативных способностей.

7.3. Развитии координации глаз и рук

Одной из значительных трудностей, с которой сталкиваются дети с расстройствами аутистического спектра, является объединение различных двигательных и функциональных навыков в целостную систему. Даже если ребенок обладает хорошо развитыми навыками мелкой моторики, его способность координировать движения глаз и рук может быть снижена из-за особенностей восприятия.

Развитие восприятия, мелкой моторики и согласованных действий рук и глаз тесно взаимосвязаны. Однако это не означает, что у ребенка с аутизмом уровень формирования всех трех аспектов будет одинаковым. Для того чтобы создать индивидуальную программу коррекционного развития, необходимо проанализировать степень сформированности каждого из этих навыков. Улучшение координации между движениями глаз и рук играет важную роль в

процессе социальной адаптации. Первым этапом моторного развития рук является формирование хватательного рефлекса.

У детей, развивающихся без отклонений, можно выделить несколько этапов эволюции хватательных движений [59]:

1. Локтево-ладонный хват формируется примерно к трем месяцам. Младенец удерживает предметы не большим и указательным пальцами, а преимущественно мизинцем, безымянным и средним.

2. Радиально-ладонный хват возникает примерно к шести месяцам: ладонь находится в нейтральном положении, ребенок захватывает предмет всей ладонью, сгибая пальцы вокруг него.

3. К восьмому месяцу появляется пальцевый хват, когда ребенок начинает удерживать предметы, используя четыре или пять пальцев.

4. Щипковый хват развивается в 11–12 месяцев. В этот период ребенок уже может захватывать мелкие предметы большим и указательным пальцами.

5. Верхний хват, характерный для возраста от одного года до двух лет, проявляется в том, что малыш берет предмет сверху, развернув тыльную сторону кисти вверх.

6. Перекрестный хват формируется, когда ребенок учится держать ложку или ручку так, что ладонь и большой палец направлены вниз.

7. Хват пальцами проявляется, когда ребенок начинает удерживать предмет исключительно при помощи пальцев, без вовлечения всей ладони.

8. К пяти годам развивается хват при помощи сгиба большого и указательного пальцев: сначала ребенок держит предмет высоко, но со временем начинает захватывать его ближе к основанию, используя три пальца – большой, указательный и средний.

9. Противопоставление большого пальца становится возможным приблизительно к пяти годам. Это означает, что большой палец может свободно касаться кончиков остальных пальцев, что обеспечивает возможность образовывать кольцо и выполнять сложные движения. Если этот навык недостаточно развит, ребенок испытывает трудности с удержанием предметов при помощи щипкового хвата. В возрасте 6–7 лет дети начинают эффективно координировать действия обеих рук, например, используя одновременно нож и вилку.

Таким образом, хватательные движения развиваются поэтапно, и каждый из этих этапов формируется в определенный период. У разных детей скорость освоения этих навыков может различаться: кто-то осваивает их быстрее, а кто-то медленнее. Знание возрастных норм формирования хватательных движений позволяет своевременно заметить отклонения у детей с аутизмом и организовать соответствующую коррекционную работу.

7.4. Развитие мимики лица, артикуляционного аппарата, дыхания

У детей с расстройствами аутистического спектра наблюдаются трудности в произношении одной или нескольких групп согласных звуков. В связи с этим на начальном этапе коррекции особое внимание уделяется развитию мимических движений, а также моторики губ и языка. В первую очередь проводятся упражнения, направленные на укрепление лицевых мышц, поскольку у таких детей часто отмечается их слабый тонус, а мимическая активность снижена. Далее работа направляется на формирование координации движений губ и языка. Для этого применяются артикуляционные упражнения, представленные в игровой форме, которые помогают освоить как статические, так и динамические движения.

На первых этапах коррекционной работы особое внимание уделяется формированию у ребенка толерантности к тактильному контакту с его лицом. Процесс начинают с прикосновений к отдаленным участкам головы, постепенно приближаясь к области рта. Последовательность упражнений подбирается индивидуально при участии логопеда, учитывая особенности конкретного ребенка.

Во время занятий с детьми важно стимулировать их к подражанию движениям, мимике и речи взрослого посредством игр, песен и рифмованных текстов. Даже если сначала ребенок механически копирует действия, это способствует усвоению модели реагирования. Осваивая мимику, жесты и речевые шаблоны, ребенок постепенно учится выражать себя и становится более уверенным в коммуникации.

Для детей с ранними поражениями центральной нервной системы, в развитии которых значительную роль играет гипоксия головного мозга, особенно важна работа по нормализации дыхания. Недоношенные дети и малыши с частыми респираторными заболеваниями нуждаются в подборе индивидуального комплекса дыхательных упражнений. Этот процесс осуществляется совместно с врачами-педиатрами и специалистами по лечебной физкультуре [80].

Занятия по артикуляционной гимнастике позволяют частично компенсировать дефицит потребности в общении, который напрямую связан с тяжестью проявлений расстройства. Такие упражнения чаще выполняются индивидуально, однако возможны и занятия в небольших группах (по 2–3 человека), состав которых определяется с учетом возраста и особенностей развития детей. В рамках занятий используются упражнения из серий «Веселый язычок», «Самолет», «Кукла плачет», «Посмотри в зеркало».

В ходе занятий ребенка побуждают выполнять следующие задания [83]:

- поддувать легкие предметы (ватные шарики, бумажные султанчики);
- выдувать мыльные пузыри и надувать воздушные шарики;
- создавать мыльную пену при помощи трубочек;
- задувать свечи;
- вдыхать безопасные эфирные масла или пары;
- использовать ингаляторы с дозированным потоком воздуха для носа и рта.

При проведении занятий рекомендуется сочетать упражнения с элементами фольклора, диалогами и обращением к ребенку по имени. Тактильные контакты должны быть мягкими и ненавязчивыми, а используемые предметы – комфортными (например, мягкая расческа). В речи взрослого целесообразно применять уменьшительно-ласкательные слова, создавая доброжелательную атмосферу.

Для тренировки органов артикуляции подбираются доступные упражнения, такие как высовывание языка, облизывание губ или раздувание щек. Основная цель мимической гимнастики заключается в растяжении лицевых мышц, что делает их более подвижными. Эти упражнения также помогают снизить избыточное напряжение в области лица, шеи и плеч, характерное для детей с гипертонусом речевых мышц. Их рекомендуется проводить в течение первых 3–5 минут голосовой терапии.

Перед выполнением упражнений ребенок должен занять удобное, расслабленное положение перед зеркалом. Занятия могут проводиться как в сидячем, так и в стоячем положении [45]:

1. Поднять брови максимально высоко, затем опустить их как можно ниже. Повторить пять раз, постепенно увеличивая скорость.
2. Открыть рот как можно шире, удерживать положение 5–7 секунд, затем медленно закрыть. Повторить пять раз.
3. Совершать жевательные движения с сомкнутыми губами: сначала 5 секунд по часовой стрелке, затем 5 секунд против.
4. Расширить глаза, затем поочередно направлять взгляд вверх и вниз, не двигая головой. Повторить пять раз.
5. Держа голову неподвижно, перемещать взгляд вправо и влево, задерживая его в крайних положениях на 3–4 секунды. Повторить пять раз.
6. Повернуть голову вправо, зафиксировав взгляд на предмете. Затем, не меняя положения головы, перевести взгляд в зеркало и, наблюдая за своими глазами, медленно вернуть голову в исходное положение. Повторить аналогичные действия влево.

Перечисленные упражнения помогают детям развить адекватную реакцию на прикосновения к лицу, освоить управление движениями артикуляционного аппарата, наладить дыхание и овладеть базовыми навыками ухода за своим лицом.

Вопросы для самоконтроля

1. Каким образом развивается предметно-манипулятивная деятельность у детей с РАС?
2. Какие упражнения эффективны для развития общей и тонкой моторики?
3. Какие упражнения помогают развитию координации глаз и рук?
4. Какие упражнения способствуют развитию мимики, артикуляционного аппарата и дыхания?

Темы Рефератов.

1. Изобразительная деятельность детей с РДА.
2. Проактивные методы при коррекции поведения
3. История становления теории аутизма

Тест для самопроверки

1. Что является ключевым условием для развития предметно-манипулятивной деятельности у ребенка с аутизмом?
 - a) Развитие логического мышления
 - b) Владение речью
 - c) Тесная взаимосвязь функциональных сфер, включая восприятие и моторику
 - d) Способность к абстрактному мышлению
 - e) Социальная адаптация
2. Какой фактор оказывает значительное влияние на развитие ребенка с аутизмом?
 - a) Уровень интеллекта
 - b) Процесс восприятия
 - c) Развитие зрительной памяти
 - d) Любовь к музыке
 - e) Способность к абстракции
3. В чем заключается одна из главных трудностей восприятия у детей с аутизмом?
 - a) Недостаток слухового восприятия
 - b) Трудности в интеграции сенсорных сигналов
 - c) Проблемы с восприятием цветов
 - d) Неспособность различать голоса
 - e) Плохая память на звуки
4. Какую роль играет способность к подражанию у детей с аутизмом?
 - a) Развитие воображения
 - b) Улучшение физической координации
 - c) Формирование социальных навыков и языка
 - d) Освоение математических операций
 - e) Развитие музыкального слуха
5. Какую проблему в моторном развитии часто демонстрируют дети с аутизмом?
 - a) Преобладание леворукости
 - b) Трудности в управлении мышечным тонусом
 - c) Чрезмерная активность пальцев рук
 - d) Спонтанные движения ног
 - e) Отсутствие хватательного рефлекса

6. Каким образом можно развивать тонкую моторику у ребенка с аутизмом?
- a) Регулярные занятия физической культурой
 - b) Изучение музыкальных инструментов
 - c) Развитие пространственного мышления
 - d) Занятия лепкой, рисованием, аппликацией
 - e) Чтение книг вслух
7. Какое значение имеет развитие координации глаз и рук?
- a) Способствует улучшению зрительной памяти
 - b) Помогает в социальной адаптации и освоении предметных действий
 - c) Улучшает восприятие речи
 - d) Ускоряет развитие абстрактного мышления
 - e) Развивает способность к логическим рассуждениям
8. На каком этапе моторного развития у ребенка формируется щипковый хват?
- a) В 3 месяца
 - b) В 6 месяцев
 - c) В 8 месяцев
 - d) В 11–12 месяцев
 - e) В 2 года
9. Какой метод помогает ребенку с аутизмом развивать моторные навыки при сложностях с произвольной концентрацией внимания?
- a) Обучение по видеоурокам
 - b) Поддержка и направление кистей взрослым при выполнении упражнений
 - c) Игры на развитие внимания
 - d) Усиленное зрительное восприятие
 - e) Самостоятельное выполнение упражнений
10. Какое значение имеют пальчиковые игры в коррекционной работе с детьми с аутизмом?
- a) Развивают музыкальный слух
 - b) Способствуют улучшению памяти
 - c) Помогают в развитии речи, моторики и снижении психоэмоционального напряжения
 - d) Улучшают слуховое восприятие
 - e) Формируют навык счета

8. ЛЕКЦИЯ. Развитие у ребенка с РДА внимания, памяти, речи и мыслительной деятельности

8.1 Развитие внимания у детей с РАС.

Нарушение координации психических процессов у детей с расстройством аутистического спектра наиболее ярко проявляется в процессе становления их мышления.

В дошкольном возрасте игровая деятельность является ведущей моделью активности, в которой отражаются особенности интеллектуального развития. Исследования игровой активности детей с РДА показали, что, в отличие от нейротипичных сверстников, которые перед началом игры изучают игрушки, исследуют их функции и отдают предпочтение специализированным предметам, позволяющим осуществлять сложные действия, дети с аутизмом демонстрируют низкую активность как в процессе ориентировки среди игрушек, так и в их использовании. Они чаще выбирают неспециализированные игрушки (например, кубики или бусы), а среди специализированных отдают предпочтение простейшим, не требующим сложных манипуляций. Такие игрушки приобретают для них эмоциональную значимость. Часто в качестве игрушек используются предметы быта: куски ткани, бумага, краны и другие объекты. Привлекают внимание неструктурированные материалы, такие как песок или вода, а также простые физические эффекты (шум воды, отражение света, скрип дверей). В их играх наблюдается большее количество манипуляций, в том числе нецелесообразных, и меньше действий с предметами. Часто преобладают речевые действия, связанные с кормлением игрушек, укладыванием их спать или строительством дома. В спонтанных сюжетных играх взаимодействие с игрушкой зачастую отсутствует: она просто находится рядом, а весь игровой процесс сводится к вербальным высказываниям. Однако в игре они могут выполнять сложные предметные действия, цель которых — получение простых сенсорных эффектов [22].

Развитие познавательных процессов, таких как память, внимание и мышление, является неотъемлемой частью психического развития дошкольников. Формирование речевой деятельности осуществляется в тесном взаимодействии с другими психическими процессами, включая сенсорные, интеллектуальные и эмоционально-волевые.

Способность удерживать внимание играет важную роль в освоении окружающего мира и практической деятельности ребенка. Чаще всего лучше запоминаются те объекты и события, которые вызывают яркий эмоциональный отклик. В дошкольном возрасте дети впервые учатся управлять вниманием, осознанно направляя его на предметы и явления. В этом процессе важную роль играет речь, которая становится организующим элементом. Взрослые должны развивать способность ребенка слушать, понимать и выполнять инструкции, ориентируясь на вербальные указания.

Во время взаимодействия с ребенком, имеющим РДА, важно наблюдать, насколько долго он может сохранять внимание на одном объекте, какие условия способствуют концентрации или, наоборот, отвлекают его. В ходе любой

деятельности следует помнить о необходимости тренировать способность аутичного ребенка сосредотачиваться и постепенно увеличивать продолжительность его внимания. Развитие совместного внимания со взрослым начинается с задействования непроизвольной концентрации ребенка. Для этого можно использовать сенсорные стимулы или элементы аутостимуляции, сопровождая их эмоциональными комментариями (например, позволить ребенку брызгать водой и называть это дождем, крутить волчок и говорить «полетел вертолет»).

Эмоциональное комментирование действий ребенка помогает ему осознавать свои поступки и сосредотачивать внимание. Так можно попытаться вывести аутостимуляцию на осознанный уровень. Например, если ребенок смотрит в окно, взрослый может обсуждать с ним происходящее за окном, помогая ему фиксировать внимание на конкретных объектах. Аналогичным образом можно использовать картинки в книге, эмоционально проговаривая увиденное.

В игре и в процессе обучения важно учитывать особенности непроизвольного внимания ребенка и стремиться к совместному сосредоточению на одном занятии. Если удастся привлечь ребенка с помощью приятных сенсорных ощущений и эмоциональных комментариев, можно постепенно увеличивать продолжительность его вовлеченности. Например, если ребенок строит дом из конструктора, можно дополнять действие сюжетными элементами: говорить, что в домике будет жить собака, для нее надо сделать подстилку, чашку и еду. Это способствует удержанию внимания и осмыслению задачи.

Развитие сюжетной линии помогает ребенку дольше концентрироваться, а также стимулирует его вовлечение в совместную деятельность. В дальнейшем ребенок сам начинает проявлять инициативу или просить повторить знакомую игру. Так постепенно формируется способность к произвольному вниманию и управлению своим поведением [58].

При организации занятий с детьми с аутизмом важно ориентироваться в первую очередь на их возможности в сфере непроизвольного внимания. Если взрослый с самого начала требует выполнения заданий, требующих произвольного сосредоточения, это может вызвать негативизм, так как такие задачи сложны для ребенка. Напротив, если учитывать особенности непроизвольного внимания, можно эффективно обучать ребенка и постепенно развивать у него способность к произвольной концентрации.

8.2. Развитие памяти и восприятия у детей с РАС.

Развитие восприятия и памяти у детей с аутизмом требует особого внимания и системного подхода. Основные предпосылки для формирования этих когнитивных функций у них полностью сохранены, однако особенности их психики и эмоционально-волевой сферы накладывают определенные

ограничения. В ряде случаев такие дети демонстрируют уникальные способности к моментальному запоминанию сложных объектов, деталей, последовательностей действий. Они могут наизусть воспроизводить длинные стихотворные тексты, цитировать услышанные когда-то разговоры или телепередачи, а также неожиданно вспоминать события, произошедшие много лет назад, на которые, казалось бы, не обращали внимания.

Тем не менее, несмотря на эти выдающиеся способности, у них могут наблюдаться трудности в восприятии и запоминании элементарной информации. Например, ребенок с РАС может испытывать сложности при необходимости назвать простой предмет или узнать его на картинке, даже если неоднократно сталкивался с ним в повседневной жизни. Это связано с особенностями их мышления, которые не всегда позволяют установить логические связи между отдельными элементами информации.

Педагогу или родителю, работающему с таким ребенком, важно учитывать эти особенности и выстраивать обучение таким образом, чтобы информация подавалась в доступной, эмоционально значимой форме. Простые факты, если они не включены в систему интересов ребенка, часто остаются им незамеченными. Однако если новая информация связана с тем, что действительно вызывает у него интерес, она усваивается легче. Например, ребенок может легко запомнить сложные схемы и детали механизмов, но при этом не понимать, для чего нужны бытовые правила, почему важно здороваться или благодарить.

При обучении детей с аутизмом необходимо учитывать, что им проще запоминать информацию, организованную по четкому формальному признаку. Например, сведения о форме, цвете, размере предметов, различные системы классификации, структурированные данные о явлениях природы усваиваются ими довольно быстро. Многие из таких детей проявляют повышенный интерес к подобной информации, систематизируя ее в удобной для себя форме. Однако усвоение социальных понятий, понимание эмоциональных взаимоотношений между людьми, а также необходимость следовать определенным правилам и нормам вызывают у них значительные затруднения.

Чтобы помочь ребенку освоить эти аспекты, можно использовать различные методические приемы. Один из эффективных методов — создание наглядных историй, отражающих его повседневную жизнь, его отношения с окружающими, его собственные эмоции. Например, можно нарисовать серию картинок, показывающих, как ребенок играл с друзьями, как он встречался с родственниками, что происходило в те или иные моменты его жизни. Важно, чтобы эти истории вызвали у ребенка эмоциональный отклик. Иногда лучше использовать не его самого в качестве главного героя, а его любимого персонажа — это может способствовать лучшему пониманию и запоминанию информации [72].

Также важно не только передавать знания о свойствах предметов и явлений, но и помогать ребенку осознавать смысловую связь между событиями, их последовательность, причинно-следственные связи. Например, можно рассказывать о семейных традициях, объяснять, почему в определенное время года происходят те или иные события, почему люди поступают так, а не иначе. Это поможет ребенку формировать целостную картину окружающего мира и понимать взаимосвязи внутри него.

Можно сказать, что детям с аутизмом не требуется специально выделенные занятия для развития восприятия и памяти, но необходимо учитывать, что эти функции формируются постепенно, параллельно с развитием произвольного внимания. Так же, как на каждом занятии происходит тренировка внимания, постепенно развивается способность к осмысленному восприятию, запоминанию и воспроизведению информации.

Для достижения этой цели можно использовать несколько эффективных методов. Во-первых, материалы и задания должны подбираться в соответствии с интересами ребенка. Если информация вызывает у него эмоциональный отклик, она будет усваиваться быстрее. Во-вторых, необходимо активно использовать эмоционально-смысловой комментарий, придавая учебному процессу сюжетную основу. Например, можно сопровождать занятия небольшими рассказами, историями, создавать игровые ситуации, побуждающие ребенка к взаимодействию. В-третьих, последовательность видов деятельности в ходе занятия должна быть строго упорядоченной, так как дети с РАС лучше воспринимают информацию, когда она подается в привычной, структурированной форме.

Кроме того, необходимо учитывать, что развитие восприятия и памяти у аутичного ребенка невозможно без постоянного включения сенсорных стимулов. Например, если ребенок любит тактильные ощущения, можно использовать объемные материалы, разные по текстуре. Если он лучше воспринимает зрительные образы, можно создавать красочные схемы, карточки, наглядные пособия. Звуковая информация также может быть полезна, особенно если она сопровождается интонационной окраской, ритмическими элементами (например, запоминание информации через стихи и песни) [50].

Таким образом, формирование произвольного восприятия и памяти у детей с аутизмом требует комплексного подхода, включающего учет их интересов, использование эмоционально значимых стимулов, четкую структурированность занятий и применение разнообразных сенсорных методик. Такой подход позволит не только повысить эффективность усвоения информации, но и поможет ребенку лучше адаптироваться к окружающему миру.

8.3 Развитие речи и мыслительной деятельности у детей с РАС

О. С. Никольская выделила три группы детей с расстройствами аутистического спектра в зависимости от степени выраженности речевых нарушений и особенностей их вторичных отклонений [26]:

Первая группа включает детей с наиболее тяжелыми расстройствами речевого развития, для которых коммуникативная речь оказывается принципиально недоступной. Такие дети могут издавать отдельные звуки, однако эти вокализации носят чисто аффективный характер и не служат целям установления контакта с окружающими. В их речевой деятельности преобладают аутоэхолалии (повторение звуков и слов без связи с ситуацией), но при этом практически отсутствуют или крайне ограничены эхолалии, которые на ранних этапах речевого развития в норме способствуют обогащению словарного запаса и адаптации речи к конкретному контексту общения. Эти дети способны произносить отдельные слова, но только в ситуациях, сопровождающихся сильным эмоциональным возбуждением.

Вторая группа объединяет детей, у которых развитие речи менее нарушено. У них первые слова могут появляться в нормативные сроки, а к 3–4 годам формируется элементарная фразовая речь. Однако дальнейшее развитие речи оказывается затрудненным: словарный запас состоит в основном из набора устойчивых речевых штампов, не используемых для свободного общения. В речи этих детей отмечается не только наличие аутоэхолалий, но и повторение отдельных слов и простых фраз, услышанных от окружающих. Хотя такая эхολалическая речь ограничивает их возможности в самостоятельном речевом взаимодействии, она создает определенные предпосылки для проведения коррекционной работы, направленной на развитие навыков коммуникации.

Третья группа представлена детьми, у которых речь внешне кажется хорошо развитой: они обладают большим словарным запасом, рано осваивают развернутую фразовую речь. Однако при этом у них отмечаются значительные затруднения в свободном использовании речи. Они преимущественно оперируют стереотипными высказываниями, их речь носит характер автоматизированных, шаблонных фраз, что создает впечатление «фонографичности» или «попугайности». Несмотря на формально высокоразвитую речь, им сложно гибко адаптировать ее к ситуации общения, а также выражать свои мысли спонтанно.

Степень выраженности речевых нарушений определяет и возможности их компенсации. Наименее сложным для коррекции оказывается формирование понимания речи, тогда как развитие ее экспрессивного компонента, требующего свободного выражения мыслей, представляет собой гораздо более сложную задачу. Коррекционная работа с такими детьми оказывается наиболее эффективной при использовании внешних опор: прочитывания или записи готовых фраз, ритмической организации речевого материала, группировки слов в устойчивые конструкции. Эти методы способствуют развитию речевого

взаимодействия, позволяя ребенку постепенно расширять возможности использования речи в коммуникации.

Таблица 12. Сравнительная характеристика развития речи нормально развивающегося ребенка и ребенка с РДА

Возраст, мес	Нормально развивающийся ребенок	Ребенок с ранним детским аутизмом
1–3 месяца	1 месяц. Чувства ребенка выражаются в его плаче. 2–3 месяца. Вокализация, переходящая в гуление и лепет с интонационными оттенками.	Беспричинный крик, плач при пеленании, взятии на руки, купании. Появляется гуление, звуки больше похожи на визг или крики, лишены интонационной окрашенности.
3–6 месяцев	3–4 месяца. Смеется. Вокализует, используя различные гласные звуки. Лепечет. 5–6 месяцев. Повторяет свои собственные звуки. Выражает настроение смехом, плачем, активной вокализацией. 6 месяцев. Издает более разнообразные звуки. Активно лепечет.	Запаздывание или отсутствие фазы гуления. Не откликается на свое имя. В онтогенезе отсутствует фаза лепета либо она выражена нечетко. От гуления ребенок сразу переходит к произнесению первых слов. Слова часто используются неадекватно ситуации.
7–11 месяцев	7 месяцев. Осознает свои собственные звуки, использует различные интонации.	Первые слова (не всегда это слова <i>мама, папа</i>) чаще появляются в период речевого развития, соответствующий норме. Вместе с тем слова могут применяться безотносительно к окружающим (близким). Наблюдается отстраненная форма речи: первые слова могут быть необычными (<i>листок, трактор</i>). Накопление слов идет по линии малоупотребительных. Наблюдается речевая самостимуляция без вступления в контакт со взрослыми.
12 месяцев	8–9 месяцев. Составляет цепочки из согласных и гласных звуков, например <i>ба-ба-ба, да-да</i> , мимоигры упражняются со звуками. 9 месяцев. Имитирует все звуки окружающего мира, которые слышит. 10 месяцев. При вопросе о знакомом предмете ищет его, поворачивая голову. 11 месяцев. Адекватно реагирует на запреты, при необходимости прекращает свою деятельность. Понимает слово <i>нет</i> раньше, чем слово <i>да</i> . 12 месяцев. Произносит отдельные слова-предложения.	Слова не накапливаются ребенком, а исчезают, уступая место другим. Зачастую появление слов <i>мама, папа</i> запаздывает. Иногда они появляются на втором году жизни уже после многих других слов, а иногда и после двух лет.

18 месяцев	Развитие речи на этом этапе прогрессирует несколько медленнее. Словарный запас составляет 3–50 слов.	Появление фразовой речи: характерна ее некоммуникативная направленность; первые фразы могут быть отсроченными эхолалиями, повторяемыми ребенком много раз (читать из радио- и телепередач). Могут проявляться аутистические реакции на появление нового человека: ребенок становится тревожным, пугливым, закрывает лицо руками.
24 месяца	Говорит фразой из 2–3 слов. Слушает, подражает, может кратко повторить высказывание взрослого. Задает простые вопросы, например «Где папа?» Использование слова <i>это</i> сопровождается указующими жестами.	Словарный запас менее 15 слов, слова могут появляться и исчезать, коммуникативные жесты не развиваются, может присутствовать несколько указательных жестов. Отсутствие или слабая реакция на речь взрослого: не отзывается на обращение, не фиксирует взгляд на говорящем. Нередко ребенок подозревается в глухоте. Отсутствие реакции на голос может сочетаться с повышенной гиперсенситивностью на другие звуковые раздражители (боязнь шелеста бумаги, звука льющейся воды). Иногда реакция на слово может быть в тех случаях, когда к ребенку обращаются шепотом.
30 месяцев	Говорит предложениями из 2–5 слов, но речь еще недостаточно чиста по звучанию. Наиболее характерный недостаток речевой деятельности ребенка этого возраста — смягченность речи. Многие дети не произносят шипящих звуков, заменяя их свистящими звуками.	Наблюдается сочетание односложной коммуникативной речи с длинными ни к кому не обращенными монологами.
36 месяцев	Обычно обладает большим словарным запасом (около 1000–1200 слов). Наибольшее увеличение словарного запаса происходит между 2,5–3 годами. Адекватно использует многие грамматические формы (множественное число, прошедшее время, предлоги и т. д.). Задает много вопросов, главным образом для продолжения разговора, чем для получения информации.	В речи наблюдаются эхолалии, чаще отсроченные. Возможно слабая артикуляция и нарушения звукопроизношения, неясность интонации, нарушение ритма речи. Проявляется склонность к вербальным стереотипиям. Иногда регресс речевого развития, мутизм.

Для успешного развития речевых навыков у ребенка с аутизмом педагог должен учитывать, что отсутствие либо задержка экспрессивной речи обусловлены общими проблемами коммуникации, уходом от взаимодействия и глубоким погружением ребенка в собственные ощущения, предпочтения и внутренние переживания. В процессе развития речи применяются определенные методики, которые могут напоминать приемы, используемые при коррекции речевых нарушений, вызванных иными причинами (например, сенсорная или моторная алалия, дислалия).

Однако такие методы эффективны лишь в отдельных случаях, если они интегрированы в специализированную работу, направленную на устранение специфических нарушений звукопроизношения у детей с аутизмом. Главной целью при любой форме аутизма является восстановление либо формирование потребности в речевом взаимодействии. Чтобы речь ребенка стала понятной окружающим, необходимо уделять внимание правильному произношению звуков. Один из важных этапов в этом процессе — дифференциация звуков, близких по звучанию и артикуляции.

Например, можно использовать упражнение на выделение в речевом потоке определенного гласного звука (а, о, у, и, ы, э). Взрослый многократно произносит заданный звук, а ребенок должен его идентифицировать среди других (например, хлопнуть в ладоши, выполнить оговоренное движение или поднять соответствующий символ). Затем педагог четко и с паузами проговаривает ряд звуков: А-у-м-и-с-ы-о-э-р-ш-ф-л-в-з-ж-х-ы-а и т. д. Это упражнение повторяется до тех пор, пока ребенок не начнет уверенно выделять гласные звуки.

При аутизме особенно заметен разрыв между уровнем понимания речи и способностью ее воспроизводить. Однако данная особенность связана не с артикуляционными затруднениями, а с недостатком речевой инициативы, которую необходимо развивать. Методы реализации этой задачи зависят от принадлежности ребенка к одной из четырех категорий в рамках классификации аутизма.

При развитии речи, лишенной предметной основы, наблюдаются проявления вторичной асинхронии. Помимо общепринятой речи сохраняется и автономная, обладающая тенденцией к доминированию (особенно в эмоционально насыщенных ситуациях, таких как аутистические игры). Преобладание аффективно-образных звуковых компонентов в автономной речи не только замедляет общее развитие речевых навыков, но и приводит к разрыву между акустическим и смысловым восприятием слова.

Работа по развитию речи у детей с аутизмом должна начинаться как можно раньше и быть направленной не только на формирование способности произносить слова, но и на предотвращение их механического запоминания без осознания смысла. Продолжительность занятий варьируется от 3 до 9 минут, поскольку при более длительном воздействии возможны торможение речевых и

эмоциональных реакций. Важно начинать и завершать каждое занятие элементами эмоционально-речевого взаимодействия, формируя у ребенка привычку связывать произнесение звуков с конкретными стимулами (например, игрушками). Также значимо тактильное взаимодействие: легкие прикосновения к руке или груди ребенка во время общения помогают усилить речевые реакции.

В процессе повседневного общения необходимо поддерживать ориентировочную реакцию ребенка, обозначая словами объекты и действия, привлечение его внимания, а также отрабатывать понимание и выполнение как невербальных (например, указательный жест), так и коротких вербальных инструкций («подай», «принеси», «покажи» и т. п.).

Лексико-грамматическая сторона речи у детей с аутизмом также испытывает значительные трудности. Их словарный запас ограничен, преимущественно представлен бытовой лексикой, а в речи отмечаются устойчивые аграмматизмы. Коррекционная работа в этой сфере должна включать следующие направления:

1. расширение предметного и глагольного словаря;
2. формирование грамматической структуры речи, включая обучение построению предложений с использованием схем, карточек, записи и самостоятельного составления фраз;
3. развитие навыков словообразования и словоизменения посредством игровых методов, работы с картинками и специальными упражнениями (например, изменение существительных по числам и падежам, согласование слов в предложении, изменение форм глаголов и т. д.) [78].

Кроме того, у детей с аутизмом недостаточно развита связная речь. Они испытывают сложности при составлении рассказов на основе сюжетных картинок и при пересказе прочитанных текстов. Таким образом, работа над развитием речи у детей с аутизмом требует комплексного подхода, который включает фонетическую, лексико-грамматическую и коммуникативную коррекцию, направленную на активизацию их речевой инициативы.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие упражнения способствуют развитию внимания у ребенка с РДА?
2. Какие упражнения эффективны для тренировки памяти у ребенка с РДА?
3. Какие упражнения можно использовать для развития речи и мышления у ребенка с РДА?

Темы Рефератов.

1. Работа с родителями аутичного ребенка.
2. Исследование игровой деятельности детей с синдромом РДА.
3. Роль стереотипий в процессе адаптации аутичного ребенка.

Тест для самопроверки

1. Какая деятельность является ведущей в дошкольном возрасте?
 - a) Учебная
 - b) Трудовая
 - c) Игровая
 - d) Коммуникативная
 - e) Художественная
2. Какую особенность демонстрируют дети с аутизмом в процессе игры?
 - a) Отдают предпочтение сложным сюжетным играм
 - b) Любят ролевые игры с участием сверстников
 - c) Выбирают простейшие игрушки и неспециализированные предметы
 - d) Стремятся к взаимодействию с другими детьми
 - e) Играют преимущественно в компьютерные игры
3. Какие объекты часто привлекают внимание детей с РАС?
 - a) Книги с иллюстрациями
 - b) Песок, вода, простые физические эффекты
 - c) Музыкальные инструменты
 - d) Конструкторы и пазлы
 - e) Спортивный инвентарь
4. Как взрослый может помочь ребенку с аутизмом сосредотачиваться?
 - a) Постоянно требовать выполнения сложных заданий
 - b) Использовать сенсорные стимулы и эмоциональные комментарии
 - c) Ограничивать его в самостоятельных действиях
 - d) Давать задания только на слух
 - e) Исключить любые отвлекающие факторы
5. Как развивается память у детей с РАС?
 - a) Они не способны запоминать информацию
 - b) Запоминают только эмоционально значимые события
 - c) Запоминают информацию исключительно зрительно
 - d) Могут моментально запоминать сложные объекты, но испытывают трудности с элементарной информацией
 - e) Их память развивается так же, как у нейротипичных детей
6. Какие методы помогают детям с РАС лучше усваивать информацию?
 - a) Создание наглядных историй и использование эмоционального комментария
 - b) Исключение сенсорных стимулов
 - c) Долгие теоретические объяснения
 - d) Повторение информации в строгом порядке без наглядных материалов
 - e) Полное исключение повторения
7. Какой тип информации дети с РАС запоминают легче?
 - a) Четко структурированную (форма, цвет, размер)
 - b) Связанную с эмоциональными переживаниями других людей

- с) Литературные тексты
 - d) Музыкальные мелодии
 - e) Разговорную речь без логики
8. Какая из групп детей с РАС, по классификации О.С. Никольской, обладает наиболее тяжелыми речевыми нарушениями?
- a) Вторая группа
 - b) Первая группа
 - с) Третья группа
 - d) Все три группы одинаково
 - e) У детей с РАС нет речевых нарушений
9. В чем особенность речи детей из третьей группы по классификации О.С. Никольской?
- a) Полное отсутствие речи
 - b) Использование только односложных слов
 - с) Хорошо развитая, но стереотипная и автоматизированная речь
 - d) Чрезмерная эмоциональность речи
 - e) Полное соответствие норме
10. Какой метод наиболее эффективен для развития речевого взаимодействия у детей с РАС?
- a) Полное исключение эхолалий
 - b) Изучение сложных грамматических конструкций
 - с) Использование внешних опор (запись фраз, ритм, шаблонные конструкции)
 - d) Исключение любых речевых упражнений
 - e) Чтение исключительно художественной литературы

9. ЛЕКЦИЯ Формирование разнообразных видов самообслуживающего труда

9.1. Формирование разнообразных видов самообслуживающего труда

На втором этапе важно учитывать ключевые особенности коррекционно-развивающей работы, такие как:

- преодоление сложностей, возникающих при выполнении целенаправленных действий ребенком;
- обучение социальным нормам поведения и развитие его способностей.

Переход ко второму этапу возможен лишь после успешного решения задач первого. Специфика работы на данном этапе заключается в том, что ребенок с РДА быстро теряет интерес, устает и легко отвлекается, даже если занятие ему нравится. Для предотвращения этого важно придерживаться заранее

составленного плана, соблюдать режим дня, часто менять виды деятельности, а также учитывать стремление ребенка к взаимодействию с педагогом.

Основу занятий составляет деятельность, которая приносит удовольствие и приятные сенсорные ощущения, поэтому педагог ориентируется на интересы ребенка. На начальных этапах используются его стереотипные предпочтения. Занятия проводятся в тех местах, где ребенок чувствует себя наиболее комфортно и защищенно. Важно учитывать предметы, к которым он привязан: они могут оживляться, «смотреть», «помогать», «улыбаться». Маршруты в доме и на улице, привычные места для обучения навыкам самообслуживания также играют значимую роль: обуваться удобнее у вешалки, стула или тумбочки – этот ориентир остается неизменным.

Все необходимые вещи должны быть расположены в доступности ребенка: книги лучше поставить на определенную полку, игрушки – в конкретный ящик, объясняя ребенку причину такого расположения. Во время обучения взрослый располагается позади ребенка, незаметно помогая ему и создавая иллюзию самостоятельного выполнения действия, которое обязательно сопровождается положительным комментарием: «Ты внимателен, так мне помогаешь. Мы вместе с тобой одеваемся».

С увеличением самостоятельности ребенка педагог постепенно уменьшает свою помощь, направляя его руки на выполнение конкретных действий: натянуть колготки, нащупать петлю в куртке, застегнуть молнию или пуговицы. Ребенка следует постоянно хвалить, но умеренно, отмечая успешное выполнение действий и положительные результаты. Подкрепление может быть не только словесным, но и выражаться в одобрительном жесте: покачивании головы, поглаживании по руке или голове. Важно также, чтобы похвала предшествовала тем действиям, которые ребенок еще только осваивает, однако ее использование не должно становиться чрезмерным, чтобы избежать зависимости от внешних вербальных поощрений. Со временем ребенок становится более самостоятельным.

Трудности, связанные с обучением аутичного ребенка, во многом обусловлены особенностями психофизического тонуса – его дефицитом или неравномерным распределением. Поэтому необходимо включать в занятия элементы моторного развития, даже в игровой форме. Как и любому ребенку, ему требуется регулярная физическая активность, способствующая поддержанию психофизического тонуса и снижению эмоционального напряжения [60].

Формируя навыки бытового самообслуживания, важно помнить, что главная задача – не выполнить действие за ребенка, а научить его делать это самостоятельно. Чем более адаптирован ребенок к повседневной жизни (умеет умываться, одеваться, есть аккуратно), тем больше у него остается времени для игр и полезных занятий, а у взрослого – возможности для других форм взаимодействия с ним.

9.2. Формирование умений и навыков приема пищи

Задачи:

Обучение ребенка:

- навыкам жевания пищи;
- самостоятельному использованию ложки, вилки и чашки;
- правилам поведения за столом.

У детей с РДА, как уже отмечалось, реакция на запахи и чувство голода могут быть снижены или вовсе отсутствовать. Однако к концу первого года жизни ребенок знакомится с разнообразной пищей, отличающейся вкусом, запахом, цветом и консистенцией. Чтобы приучить малыша к таким продуктам, в рацион постепенно вводят новые блюда, усложняют меню, заменяя жидкую и полужидкую пищу более плотной, требующей пережевывания. Уже в возрасте до года можно начинать обучать его пользоваться ложкой и чашкой, удерживая их двумя руками.

Рациональное питание, предполагающее кормление в строго определенные часы и разнообразие блюд, способствует хорошему аппетиту и повышению устойчивости к заболеваниям. Аппетит стимулируется видом еды, ее запахом и обстановкой во время приема пищи. Чем охотнее ребенок садится за стол, тем активнее вырабатывается пищеварительный сок и слюноотделение. Важную роль играет режим питания, обеспечивающий правильное распределение пищи в течение дня. Если ребенок питается в одно и то же время, в его организме формируется условный рефлекс – в установленный час желудок начинает выделять желудочный сок. Если же кормление задерживается, работа пищеварительных желез нарушается, что приводит к снижению аппетита. Перерывы между приемами пищи необходимы для полного переваривания предыдущей еды и формирования умеренного чувства голода к следующему кормлению. Вне установленного времени еда не предлагается, а сладости, фрукты и ягоды даются в строго отведенные часы. Во время еды важно избегать спешки. Ребенка кормят терпеливо, приучая тщательно пережевывать пищу, поскольку процесс жевания способствует активному выделению слюны и лучшему усвоению еды. Дети с РДА часто отказываются от новой, незнакомой пищи.

Обучая ребенка с аутизмом приемам еды, необходимо учитывать его ограниченные языковые способности. Поэтому используются четкие жесты и демонстрационные действия, помогающие малышу понять, что от него требуется. Легко возбудимые дети подвержены отвлекающим факторам, что затрудняет их концентрацию за столом: они шумят, встают и уходят, не закончив прием пищи. Таким детям создают максимально спокойную обстановку во время еды. При этом не следует отвлекать их разговорами или играми, поскольку это может вызвать повышенное возбуждение и нежелательное поведение. Если ребенок не умеет пользоваться ложкой, его нельзя заставлять есть насильно. Кормление проводится медленно и спокойно, с ожиданием момента, когда он сам прожует и проглотит

пищу. Если кормить слишком поспешно, ребенок может подавиться, раздражиться, начать отворачиваться или даже бояться ложки, что в дальнейшем способно привести к стойкому отказу от еды и формированию невротических реакций [62].

Систематическое соблюдение режима дня, грамотная организация питания, чередование прогулок, игр, купания и сна помогают снизить или полностью устранить трудности, возникающие при кормлении ребенка с ранним детским аутизмом.

Чтобы научить малыша принимать более плотную пищу, его сначала приучают жевать хлеб, начиная с возраста до года. Для привлечения внимания к действиям взрослого движения выполняются утрированно. Важный аспект – использование любимых продуктов ребенка, поскольку обучение с их применением проходит легче. Один из эффективных методов – многократное повторение упражнения: ребенка усаживают за стол, перед ним кладут небольшие кусочки еды (например, хлеба, вареной моркови, сосисок, нарезанных так, чтобы их легко было взять в руку). Взрослый демонстрирует процесс: берет кусочек, кладет в рот, сопровождая это выразительной мимикой, показывающей удовольствие от вкуса, и жестами побуждает ребенка повторить действие. Если малыш не проявляет инициативу, его руку аккуратно направляют, помогая воспроизвести показанный пример.

9.3. Формирование культуры поведения за столом

Обучение ребенка культуре приема пищи

Когда ребенок осваивает навыки самостоятельного приема пищи, его сажают за низкий столик со стулом. Перед едой столик накрывают салфеткой, а в центр ставят вазочку с живыми цветами, создавая привлекательную и уютную обстановку. На столике размещают мелкую тарелку, справа кладут ложку, слева – вилку, располагая их изогнутой стороной вверх. Небольшие кусочки хлеба кладут на отдельную тарелочку рядом с вилок. В случае, если в меню присутствуют булочка, пирожок или гренки, их также размещают на этой тарелочке. Слева от основной тарелки располагают сложенную салфетку. Использование бумажных салфеток делает процесс приема пищи более гигиеничным.

Глубокие тарелки с супом подают уже наполненными. После первого блюда их убирают, а перед сладким убирают всю посуду, оставляя лишь вазочку с цветами и фрукты. Оставшиеся крошки аккуратно сметают специальной щеточкой. Даже ребенок с выраженным аутизмом способен отметить эстетическую привлекательность красивой посуды.

Дети в возрасте четырех-пяти лет могут постепенно переходить к приему пищи за общим столом. Если ребенок садится за стол вместе со взрослыми, для него выделяют постоянное место, которое не меняется. К этому возрасту он

должен уметь аккуратно есть, правильно пользоваться ложкой и вилок, а также соблюдать основные правила поведения за столом:

- складывать столовые приборы только на свою тарелку, а не на скатерть;
- ставить чашку на блюдце;
- аккуратно складывать салфетку рядом с тарелкой.

Формирование аккуратности за столом значительно упрощается, если ребенок принимает участие в сервировке. Дети с РДА отличаются высокой педантичностью в соблюдении усвоенных правил, поэтому важно с самого начала демонстрировать им правильный пример. Помощь родителям в сервировке стола не только развивает у ребенка заботливое отношение к окружающим, но и прививает любовь к порядку и чистоте, формируя важные навыки самообслуживания [75].

Запрещенные действия за столом:

- водить руками по столу;
- раздвигать тарелки, играть приборами;
- размазывать пищу по тарелке;
- вставать из-за стола до окончания еды без разрешения взрослых;
- брать с собой пищу, уходя из-за стола.

Основные правила, которым следует обучать ребенка:

- жевать пищу с закрытым ртом;
- есть только за столом;
- правильно пользоваться вилок, ложкой и салфеткой;
- после еды вставать, бесшумно задвигать стул и благодарить за еду;
- участвовать в сервировке и уборке стола.

Пример правильного поведения за столом ребенку всегда демонстрируют взрослые.

9.4. Формирование культурно-гигиенических умений и навыков

Дети с расстройствами аутистического спектра (РДА) осваивают культурно-гигиенические навыки медленно и с трудностями. Коррекционная работа требует многократных тренировок и строгой последовательности. Важно избегать неприятных ощущений, которые могут вызвать стойкое отвращение к процедуре. Например, при умывании необходимо следить, чтобы вода не затекала в рукава или под воротник, чтобы ребенок не испытывал дискомфорт.

Требования к предметам личной гигиены

Личные гигиенические принадлежности должны быть удобными, эстетически приятными и вызывать у ребенка положительные эмоции. Перед их использованием необходимо подробно знакомить малыша с каждым предметом, объясняя его назначение [55]:

Зубная щетка – небольшая, мягкая, детская. Ежедневно замачивается в горячей воде (40–50 °C) на 3–5 минут.

Зубная паста – с приятным вкусом, чтобы ребенок не испытывал неприятных ощущений.

Стакан для ополаскивания – индивидуальный, пластиковый. Вода для полоскания должна быть теплой.

Расческа – с мягкими зубцами, не царапающая кожу головы. Цвет расчески предпочтителен спокойный, ненавязчивый.

Мочалка – мягкая, небольшая, удобная для захвата детской рукой.

Мыло – детское. Перед использованием полезно рассмотреть с ребенком его упаковку, рассказать о пользе и приятных ощущениях от мытья.

Полотенце – индивидуальное, небольшого размера, чтобы ребенку было удобно им пользоваться. Цвет подбирается в зависимости от темперамента ребенка: успокаивающий или стимулирующий.

Знакомство с зеркалом требует особой осторожности. Важно, чтобы ребенок был в спокойном состоянии. Можно заранее прочитать ему рассказ о зеркале, создавая положительное отношение к нему.

Знакомить ребенка с предметами личной гигиены начинают задолго до их самостоятельного использования. Первоначально взрослый демонстрирует, как пользоваться предметами, затем ребенок повторяет действия с помощью взрослого, и только после этого осваивает их самостоятельно.

Формирование культурно-гигиенических навыков

Задачи:

- обучать самостоятельному умыванию;
- обучать пользованию душем;
- обучать чистке зубов;
- обучать пользованию туалетом;
- формировать навыки опрятности.

Практические упражнения [77]:

1. "Умываемся самостоятельно"

Ребенка учат обращать внимание на количество пены после намыливания рук. Взрослый дает малышу мочалку, просит окунуть ее в воду и говорит: «*Смой пену!*», помогая выполнить действие. При каждом купании это задание повторяют. После смывания пены ребенка учат отжимать мочалку и вешать ее на место. Старшие дети могут самостоятельно мыть голову, шею, плечи и живот.

2. "Чистим зубы"

Чистке зубов начинают обучать в 3–4 года. Сначала ребенка знакомят с зубной щеткой, пастой и зеркалом. Он наблюдает за взрослым, который чистит зубы, глядя на свое отражение. Если ребенок боится зеркала, процесс показывают без него. Далее взрослый выдавливает немного пасты на палец и мягко массирует десны малыша. Затем ребенок берет щетку в руки, а взрослый, стоя за ним, направляет его движения. Постепенно степень помощи уменьшается, и ребенок учится самостоятельно проводить щеткой вдоль зубов.

Систематическое обучение и терпение взрослых помогают детям с РДА освоить навыки личной гигиены, делая их уверенными и самостоятельными.

9.5. Формирование умений и навыков самообслуживания

Формирование у ребенка трудовых и бытовых навыков является важной задачей, направленной на развитие его самостоятельности. Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) часто испытывают затруднения в восприятии инструкций, понимании последовательности действий и координации движений. В процессе обучения необходимо учитывать эти особенности и применять специальные методические приемы.

На начальных этапах формирования навыков взрослый выполняет все действия самостоятельно, сопровождая их комментариями, что помогает ребенку наблюдать и запоминать порядок действий. Затем ребенок выполняет те же действия, но при поддержке взрослого, который направляет его руки и помогает ему координировать движения. Следующий этап предполагает выполнение действий самим ребенком под голосовое руководство взрослого. На завершающем этапе ребенок выполняет задания полностью самостоятельно, опираясь на образец или инструкцию взрослого.

Для успешного формирования социальных навыков рекомендуется использовать игровые упражнения, которые способствуют развитию памяти, внимания, мышления и способности понимать потребности других людей. Например, в игре «Дай, что я попрошу» на столе располагаются три предмета: расческа, полотенце и мыло. Взрослый с помощью мимики и жестов показывает ребенку, что ему нужен один из этих предметов, затем спрашивает его: «Что мне нужно?» Если ребенок не реагирует, взрослый повторяет движение, а затем называет нужный предмет и помогает ребенку передать его.

Обучение бытовым навыкам происходит постепенно и поэтапно. Например, обучение снятию носков начинается с простого упражнения, в котором на бутылку надевают носок, а внутрь кладут вознаграждение. Ребенок должен научиться снимать носок с бутылки, чтобы получить приз. После многократных повторений ребенок переходит к следующему этапу, где ему предлагают снять носок уже со своей ноги.

Обучение снятию штанишек также проходит поэтапно. Вначале ребенок учится стягивать штанину с одной ноги, затем с обеих, после этого осваивает спускание штанишек от колен, затем от середины бедра, от поясицы и, наконец, от талии. Когда ребенок уверенно выполняет эти действия, его обучают обратному процессу – надеванию штанишек.

Навык расстегивания молнии формируется с привлечением внимания ребенка к язычку замка. Взрослый помогает ребенку взять язычок пальцами и провести замок вниз. После освоения этого действия ребенка учат застегивать молнию, что дается ему проще, поскольку навык расстегивания уже сформирован.

Обучение застегиванию кнопок начинается с крупных и не слишком тугих кнопок. Взрослый сначала сам совмещает две части кнопки так, чтобы ребенок мог легко их прижать. Далее ребенок тренируется в самостоятельном соединении частей кнопки. На каждом этапе его успехи подкрепляются словами похвалы и положительными эмоциями.

В возрасте двух-трех лет ребенка начинают учить надевать курточку. Первоначально взрослый помогает ребенку, вставляя одну руку в рукав, а второй рукав набрасывает на плечо. Затем ребенка побуждают продевать вторую руку самостоятельно. Со временем он учится держать курточку правильно, самостоятельно находить нужный рукав и надевать ее без посторонней помощи.

С пяти-шести лет ребенка обучают ухаживать за обувью. Сначала он наблюдает за действиями взрослого, который очищает обувь сухой щеткой, затем влажной губкой, после чего наносит крем и полирует до блеска. Позднее ребенок включается в процесс, выполняя отдельные действия, а затем полностью берет на себя уход за своей обувью [44].

Для успешного формирования трудовых и бытовых навыков необходимо систематическое обучение, использование положительного подкрепления, многократные повторения и эмоциональная поддержка со стороны взрослого. При таком подходе ребенок приобретает уверенность и учится выполнять повседневные задачи самостоятельно.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие виды самообслуживающего труда необходимо формировать у ребенка с РАС?
2. Какие упражнения способствуют формированию навыков приема пищи?
3. Какие упражнения помогают сформировать культуру поведения за столом?

Темы Рефератов.

1. Синдром Каннера и Аспергера.
2. Синдром Ретта
3. Уровневый подход к коррекции нарушений эмоционально-волевой сферы.

Тест для самопроверки

1. Какое условие необходимо для перехода ко второму этапу коррекционно-развивающей работы?
 - а) Достижение ребенком трехлетнего возраста
 - б) Устранение всех проблем с речевым развитием
 - в) Успешное решение задач первого этапа
 - г) Готовность родителей к работе с ребенком
 - е) Прохождение медицинского обследования

2. Как педагог может предотвратить потерю интереса ребенка к занятиям?
- a) Предлагать только новые виды деятельности
 - b) Часто менять виды деятельности и соблюдать режим дня
 - c) Исключить предметы, к которым ребенок привязан
 - d) Ограничить взаимодействие с педагогом
 - e) Не использовать сенсорные стимулы
3. Почему важно соблюдать режим питания у детей с РДА?
- a) Чтобы сократить время на прием пищи
 - b) Чтобы исключить влияние запахов на аппетит
 - c) Чтобы сформировать условный рефлекс на выделение желудочного сока
 - d) Чтобы ребенок привык к определенному вкусу еды
 - e) Чтобы избежать переедания
4. Как следует обучать ребенка с аутизмом пользоваться ложкой?
- a) Заставлять есть самостоятельно без помощи
 - b) Подавать пищу исключительно в жидком виде
 - c) Демонстрировать действия и направлять руку ребенка
 - d) Использовать только визуальные инструкции
 - e) Ограничить выбор еды одной консистенцией
5. Почему не рекомендуется отвлекать ребенка разговорами во время еды?
- a) Это мешает перевариванию пищи
 - b) Это может вызвать возбуждение и нежелательное поведение
 - c) Это способствует отказу от еды
 - d) Это приводит к снижению аппетита
 - e) Это уменьшает концентрацию внимания
6. Что помогает детям с РДА освоить правила поведения за столом?
- a) Исключение всех правил для уменьшения стресса
 - b) Последовательное обучение с демонстрацией примера
 - c) Использование только словесных инструкций
 - d) Принуждение к соблюдению правил
 - e) Полное исключение сервировки стола
7. Как следует приучать ребенка к новой пище?
- a) Постепенно вводить новые продукты в рацион
 - b) Исключить все привычные продукты
 - c) Давать только мягкую и жидкую пищу
 - d) Заставлять есть новые продукты насильно
 - e) Использовать только сладкую еду для повышения аппетита
8. Какую роль играет участие ребенка в сервировке стола?
- a) Оно отвлекает ребенка от приема пищи
 - b) Оно формирует аккуратность и любовь к порядку
 - c) Оно способствует увеличению времени приема пищи

- d) Оно снижает концентрацию на еде
 - e) Оно учит ребенка использовать разные виды посуды
9. Как лучше знакомить ребенка с предметами личной гигиены?
- a) Заставлять сразу использовать их самостоятельно
 - b) Исключить объяснения и сразу переходить к практике
 - c) Использовать только текстовые инструкции
 - d) Демонстрировать их использование и постепенно привлекать ребенка
 - e) Показывать только изображения предметов
10. Почему важно учитывать комфорт ребенка во время умывания?
- a) Чтобы избежать неприятных ощущений, способных вызвать отвращение
 - b) Чтобы быстрее приучить ребенка к умыванию
 - c) Чтобы ребенок тратил меньше времени на гигиену
 - d) Чтобы исключить потребность в помощи взрослого
 - e) Чтобы сделать умывание обязательной процедурой

10. ЛЕКЦИЯ. Работа с семьей, воспитывающей ребенка с РАС.

10.1. Содержание психолого-педагогической работы с родителями детей с аутизмом.

Осуществление психолого-педагогической работы с родителями детей с расстройствами аутистического спектра имеет свою специфику и направлено на снижение эмоционального напряжения, формирование позитивного восприятия собственных возможностей и осознание потенциала ребенка. Одной из ключевых задач является оказание психологической поддержки, способствующей развитию конструктивного отношения к диагнозу, укреплению эмоциональных связей между членами семьи и созданию благоприятной атмосферы для развития ребенка.

Семья играет важную роль в социализации ребенка с аутизмом. Для таких детей дом является значимым психологическим пространством, оказывающим влияние на их развитие и адаптацию. Исследования специалистов в области психологии и клинической медицины подтверждают, что рождение ребенка с аутизмом становится серьезным испытанием для родителей и всех членов семьи. Сложности, связанные с воспитанием и уходом за такими детьми, могут вызывать у родителей повышенный уровень тревожности, эмоциональное истощение и даже депрессивные состояния.

Факторами, способствующими стрессу в семье, являются не только степень выраженности расстройства у ребенка, но и социальное давление, общественные стереотипы и нехватка информации об аутизме. Родители испытывают широкий спектр сложных эмоций: от растерянности и чувства беспомощности до страха за

будущее ребенка и собственной вины за происходящее. Эти переживания могут приводить к нарушениям сна, психосоматическим заболеваниям и изменениям в семейных отношениях.

В работе с родителями можно выделить несколько ключевых этапов адаптации, каждый из которых имеет свою продолжительность в зависимости от индивидуальных особенностей семьи, степени тяжести расстройства у ребенка и защитных механизмов родителей.

На первом этапе у родителей возникает шоковое состояние, сопровождающееся тревожностью, страхом и растерянностью. Они могут ощущать свою несостоятельность как воспитателей, а также испытывать острую потребность в информации об аутизме. Согласно наблюдениям О. С. Никольской, матери детей с аутизмом часто считают себя «плохими» матерями из-за особенностей поведения ребенка, таких как избегание зрительного контакта или отсутствие эмоционального отклика. Этот механизм самоуничтожения может усугублять переживания родителей.

На втором этапе у родителей развивается отрицание диагноза и негативизм. Это может выражаться в отказе от обследования у специалистов, поиске альтернативных мнений, игнорировании рекомендаций врачей и педагогов. Некоторые семьи стремятся изменить диагноз, обращаясь к разным медицинским учреждениям, что создает эффект «хождения по кругу». Однако данное состояние носит временный характер, и по мере осознания реальности родители переходят к следующему этапу.

Третий этап характеризуется эмоциональным спадом, отчаянием и подавленностью. В этот период могут наблюдаться социальная изоляция семьи, угасание внутрисемейных связей и ухудшение психологического состояния матери. В некоторых случаях мужчина может покинуть семью, что усугубляет ситуацию. Глубина и продолжительность этого этапа зависят от личностных ресурсов родителей, уровня поддержки со стороны окружающих и восприятия ситуации.

Четвертый этап связан с выходом семьи из кризиса и формированием нового подхода к воспитанию ребенка. Родители осознают реальность диагноза и начинают активно сотрудничать со специалистами. Они стремятся адаптировать семейную жизнь к особенностям ребенка, внедряют рекомендации педагогов и психологов, а также находят опору в профессиональном сообществе. Этот этап можно назвать периодом социально-психологической адаптации, когда семья выстраивает новый жизненный уклад, основанный на поддержке и понимании [84].

Для успешного взаимодействия с родителями необходимо учитывать их эмоциональное состояние и предлагать индивидуализированную поддержку. Важно предоставлять достоверную информацию, формировать позитивное восприятие родительской роли и помогать выстраивать эффективные стратегии

воспитания. Комплексный подход, включающий психолого-педагогическое сопровождение, консультирование и эмоциональную поддержку, позволяет минимизировать стресс родителей и создать оптимальные условия для развития ребенка.

10.2. Методы и формы взаимодействия педагогов с родителями аутичного ребенка

В.В. Лешин выделил основные условия, которые могут негативно влиять на процесс воспитания ребенка с особенностями развития. Среди них отмечают недостаток гибкости в построении отношений между родителями и детьми, отсутствие стремления к поиску оптимальных форм взаимодействия, а также приверженность устаревшим традиционным методам воспитания. Кроме того, одной из значимых проблем является нехватка знаний о психологии детей с особенностями, что затрудняет процесс их социализации и развития.

Анализируя причины возникающих трудностей, специалисты пришли к выводу, что воспитание таких детей часто осуществляется без четкого представления о целях, без оценки возможностей как самого ребенка, так и родителей, а также без должного опыта в работе с детьми с особыми потребностями. В связи с этим психологическая поддержка родителей должна быть комплексной, длительной и включать в себя участие различных специалистов: педагогов, дефектологов, социальных работников и психологов. Однако ведущая роль в этом процессе отводится именно психологу, который разрабатывает конкретные мероприятия, направленные на поддержку родителей и коррекцию внутрисемейных взаимоотношений.

Одним из эффективных методов психологической поддержки является привлечение родителей к специализированным объединениям, таким как клубы или ассоциации, где они могут обмениваться опытом, находить поддержку и адаптироваться к новым условиям воспитания. Особое внимание уделяется вовлечению отцов, так как исследования показывают, что они зачастую оказываются более способными к конструктивному решению проблем, связанных с воспитанием ребенка с аутизмом. Их активное участие положительно сказывается не только на процессе развития ребенка, но и на эмоциональном климате в семье в целом.

Важную роль в работе с родителями играют тематические семинары, которые направлены на расширение их знаний о психологии ребенка, особенностях его развития и воспитания. В рамках таких встреч родители получают возможность обсуждать свои трудности, обмениваться опытом и совместно искать пути решения конфликтных ситуаций. Задача психолога при этом – не только предоставление полезной информации, но и создание безопасной атмосферы для обсуждения, исключая осуждение или навязывание определенных решений.

Родительские семинары включают в себя несколько ключевых методов работы. Во-первых, это лекционный формат, который позволяет психологу донести важную информацию в доступной форме, без сложных научных терминов. Темы лекций должны соответствовать интересам и запросам родителей, среди них могут быть: «Особенности психического развития детей с аутизмом», «Психологический климат в семье и его влияние на ребенка», «Проблемы интеграции аутичных детей в общество» и другие. Для комплексного освещения различных аспектов проблемы к проведению семинаров могут привлекаться специалисты в области медицины, педагогики и юриспруденции.

Другим эффективным форматом является групповая дискуссия, цель которой – совместное обсуждение жизненных ситуаций и поиск оптимальных решений. Различают два вида таких дискуссий: тематическая, связанная с обсуждением лекционного материала, и дискуссия по анализу конкретных случаев, предложенных самими родителями. Например, можно разобрать ситуации, возникающие в общественных местах: как правильно реагировать, если ребенок с аутизмом привлекает к себе повышенное внимание окружающих. Родители обсуждают возможные варианты действий, что позволяет им быть более подготовленными к подобным ситуациям в реальной жизни.

Частота и продолжительность таких встреч зависят от возможностей родителей и их мотивации, но практика показывает, что оптимально проводить их один раз в месяц. Важно, чтобы на время семинаров дети находились под присмотром педагогов или социальных работников. Это позволит родителям сосредоточиться на обсуждаемых вопросах и полноценно включиться в работу.

При организации родительских встреч необходимо уделять внимание не только когнитивным и поведенческим аспектам воспитания, но и эмоциональной составляющей семейного взаимодействия. Осознание важности эмоциональной поддержки способствует укреплению уверенности родителей в своих силах, улучшает их психоэмоциональное состояние и помогает лучше понимать сложный внутренний мир ребенка с аутизмом.

Помимо групповых форм работы, важную роль играют индивидуальные консультации, на которых специалисты помогают родителям справиться со стрессом, принять диагноз ребенка и адаптироваться к новым условиям жизни. Консультации решают две основные задачи: первая – создание условий для адекватного восприятия информации о диагнозе ребенка, формирование готовности к длительной работе по коррекции и развитию; вторая – помощь в преодолении чувства вины, снижении тревожности и стабилизации эмоционального фона в семье [87].

Эффективность сопровождения семьи во многом зависит от того, на каком этапе принятия диагноза она находится. Для некоторых родителей важна первичная поддержка и информирование, для других – помощь в осознании своих ресурсов и принятии новых условий жизни. Поэтому работа специалистов должна

быть гибкой, ориентированной на потребности конкретной семьи и направленной на создание благоприятной атмосферы для развития ребенка.

10.3 Направления работы с родителями.

Работа с родителями детей с расстройствами аутистического спектра охватывает несколько ключевых направлений. Первое направление заключается в изучении условий семейного воспитания и отношения родителей к ребенку. С этой целью проводится обследование дважды в год, используются анкеты и ведутся беседы с родителями. В данной сфере наиболее эффективной формой взаимодействия становится индивидуальное общение, включающее личные встречи и доверительные разговоры. Это способствует укреплению контакта с родителями и формированию партнерских отношений в дальнейшем. Особую пользу приносит практика посещения педагогами семей воспитанников, поскольку домашняя обстановка располагает родителей к открытому общению. Важным условием построения доверительных связей является позитивный настрой педагогов в отношении ребенка: когда родители замечают доброжелательное и внимательное отношение к своему малышу, они проявляют больше готовности делиться своими трудностями и обращаться за советом.

Второе направление связано с информированием родителей о результатах диагностики, индивидуальных образовательных маршрутах и динамике развития ребенка. Родителям необходимо объяснить особенности их ребенка и убедить их в важности создания специализированных условий для его развития. Для этого целесообразно использовать такие методы, как индивидуальные консультации по итогам диагностики (начальной, промежуточной, итоговой), а также совместный анализ различных видов деятельности ребенка. Педагоги предоставляют родителям информацию о специфике развития ребенка, акцентируя внимание на его сильных сторонах, рекомендуют специализированные занятия и необходимых специалистов, а также предлагают способы организации домашних занятий. Индивидуальные консультации также служат площадкой для обсуждения результатов коррекционной работы. Взаимное дополнение знаний педагогов и родителей о ребенке позволяет выстроить единую стратегию его развития как в образовательном учреждении, так и в семейном кругу.

Родители ребенка с аутизмом должны помнить, что любые, даже незначительные изменения в режиме дня, обстановке или одежде могут спровоцировать у него стресс и самоагрессию. В этом отношении большую пользу приносит формирование семейных ритуалов, которые создают у ребенка чувство безопасности и уверенности. Например, полезно организовать последовательные вечерние ритуалы, такие как прогулка, чаепитие, совместное чтение. Важной задачей является педагогическое просвещение родителей в сфере воспитания и коррекционно-развивающей работы. В этом аспекте эффективными методами становятся инновационные формы взаимодействия: родительские клубы,

тренинги, круглые столы, конференции, семейные праздники и мероприятия. Особую ценность представляет детско-родительская группа, в которой ребенок и его родители взаимодействуют в общей образовательной среде. Подобные занятия способствуют получению родителями поддержки специалистов и других родителей, позволяют наблюдать различные модели поведения детей и взрослых, делиться личным опытом и узнавать о подходах других семей. Такой формат способствует социальной интеграции семей, воспитывающих детей с РАС, и расширяет их возможности для активного взаимодействия.

Важным аспектом работы с родителями является организация «Родительского клуба», основными целями которого являются повышение педагогической компетенции родителей, пополнение их знаний о методах воспитания и обучения детей с особенностями развития. В рамках клуба также осуществляется сплочение родительского сообщества, снижение уровня тревожности, обеспечение взаимной поддержки, разработка коллективных решений и согласование единых требований в рамках коррекционной работы. На встречах клуба проводится обсуждение методов обучения, анализируются возникающие трудности, родители получают возможность практического освоения приемов взаимодействия с ребенком. Значительную пользу приносят встречи с родителями, имеющими успешный опыт воспитания детей с РАС, поскольку они помогают снизить тревожность, открывают новые перспективы взаимодействия и вдохновляют на дальнейшую работу. Кроме того, важно проводить разъяснительную работу и среди родителей нейротипичных детей, формируя у них толерантное отношение к сверстникам с особыми потребностями. В качестве эффективных форм работы могут выступать выставки детских работ, включение номеров с участием детей с ОВЗ в праздничные мероприятия и утренники.

Еще одно значимое направление – психологическое консультирование семей, воспитывающих детей с аутизмом. В соответствии с подходом И.Ю. Левченко и В.В. Ткачевой выделяется несколько этапов консультирования. На первом этапе происходит знакомство специалиста с семьей, формирование доверительных отношений. Родители могут испытывать напряжение, поэтому важно создать теплую и располагающую атмосферу. На втором этапе выявляются проблемы, которые волнуют членов семьи. Психолог должен позволить родителям высказаться, задавая только уточняющие вопросы. После этого беседа продолжается с каждым родителем по отдельности, что позволяет специалисту собрать информацию о составе семьи, анамнезе ребенка, изучить предоставленные документы и результаты обследований. Третий этап включает диагностику ребенка, во время которой психолог оценивает его личностные особенности, уровень развития высших психических функций, характер взаимодействия с окружающими. Целью диагностики является определение

характера и степени нарушений, выявление индивидуальных особенностей ребенка и построение прогноза его развития.

Четвертый этап посвящен изучению модели воспитания в семье, что позволяет глубже понять внутрисемейные отношения и личностные особенности родителей. Важно объяснить взрослым, что их участие в диагностике является добровольным, и уверить их в конфиденциальности полученной информации. Для выявления особенностей семейных взаимоотношений используются различные методики, такие как «Моя семья» и тест Люшера. Пятый этап заключается в формулировании выявленных проблем и разъяснении их родителям, помогая им сосредоточиться на поиске решений. На шестом этапе специалист предлагает конкретные способы и методы работы с ребенком, разъясняя родителям возможные трудности и долгосрочные перспективы. Если родители испытывают сомнения, рекомендуется участие в совместных коррекционных занятиях. Седьмой, заключительный этап предполагает подведение итогов, закрепление понимания родителями проблем и путей их решения. Важно дать им возможность осмыслить полученную информацию, при необходимости пригласить на повторное консультирование [88].

Таким образом, работа с родителями детей с РАС в образовательной среде требует комплексного подхода, включающего консультирование, педагогическое просвещение, организацию групповых встреч и создание единой стратегии взаимодействия. Слаженная деятельность специалистов и родителей способствует более успешной социализации ребенка и формированию благоприятной образовательной среды.

Вопросы для самоконтроля

1. Каково содержание психолого-педагогической работы с родителями детей с аутизмом?
2. Какие методы и формы взаимодействия применимы в работе педагогов с родителями аутичного ребенка?
3. Какие направления работы с родителями детей с РАС наиболее актуальны?
4. Как может быть разработан родительский семинар по вопросам воспитания и особенностей детей с РАС?

Темы Рефератов.

1. Схема патогенеза детского аутизма П. Шаттока
2. Этапы становления теории аутизма в советском союзе и за рубежом.
3. Теория построения движений в онтогенезе Бернштейна Н. А

Тест для самопроверки

1. Какие факторы способствуют стрессу в семье, воспитывающей ребенка с аутизмом?

- a) Только степень выраженности расстройства у ребенка
 - b) Лишь недостаток информации об аутизме
 - c) Социальное давление, стереотипы, нехватка информации и степень выраженности расстройства
 - d) Только социальные стереотипы
 - e) Исключительно финансовые трудности
2. Какое состояние чаще всего возникает у родителей на первом этапе адаптации?
- a) Подавленность
 - b) Шок, тревожность, страх и растерянность
 - c) Агрессия и раздражительность
 - d) Эйфория
 - e) Полное принятие диагноза
3. Чем характеризуется второй этап адаптации родителей?
- a) Принятием диагноза и активным поиском поддержки
 - b) Полной социальной изоляцией
 - c) Отрицанием диагноза, отказом от обследований и поиском альтернативных мнений
 - d) Формированием нового подхода к воспитанию
 - e) Улучшением внутрисемейных отношений
4. Какой из этапов адаптации родителей сопровождается наибольшей социальной изоляцией и ухудшением внутрисемейных отношений?
- a) Первый этап
 - b) Второй этап
 - c) Третий этап
 - d) Четвертый этап
 - e) На всех этапах одинаково
5. Что происходит на четвертом этапе адаптации родителей?
- a) Родители полностью смиряются с диагнозом, но не предпринимают активных действий
 - b) Родители продолжают отрицать диагноз и искать альтернативные мнения
 - c) Родители отказываются от помощи специалистов
 - d) Родители принимают диагноз и начинают активно сотрудничать со специалистами
 - e) Родители испытывают полный эмоциональный упадок
6. Что является одним из наиболее эффективных методов психологической поддержки родителей?
- a) Исключительно медикаментозная терапия
 - b) Вовлечение родителей в специализированные объединения, клубы и ассоциации
 - c) Полный отказ от обсуждения проблемы

- d) Раздельное проживание родителей и ребенка
 - e) Игнорирование диагноза ребенка
7. Какие проблемы могут негативно влиять на процесс воспитания ребенка с аутизмом?
- a) Чрезмерная гибкость в построении отношений
 - b) Отказ родителей от любых форм взаимодействия с ребенком
 - c) Недостаток гибкости, приверженность устаревшим методам и нехватка знаний о психологии детей с особенностями
 - d) Только финансовые трудности
 - e) Избыточное участие специалистов
8. Какую роль в работе с родителями играет психолог?
- a) Исключительно наблюдательную
 - b) Только консультативную
 - c) Разрабатывает мероприятия для поддержки родителей и коррекции внутрисемейных взаимоотношений
 - d) Участвует только в первичной диагностике ребенка
 - e) Контролирует выполнение родителями всех рекомендаций
9. В каком формате чаще всего проводятся родительские семинары?
- a) Только в виде личных консультаций
 - b) В виде лекций, групповых дискуссий и анализа конкретных случаев
 - c) Исключительно в виде просмотра видеоматериалов
 - d) В онлайн-формате без обратной связи
 - e) В форме тестирования родителей
10. Какая форма взаимодействия особенно способствует социальной интеграции семей с детьми с аутизмом?
- a) Индивидуальные консультации
 - b) Лекционные занятия
 - c) Детско-родительские группы, позволяющие родителям наблюдать различные модели поведения и делиться опытом
 - d) Просмотр тематических фильмов
 - e) Разовые встречи с психологом

11. ЛЕКЦИЯ. Разработка индивидуальной образовательной программы для детей с РАС

11.1. Структура индивидуальной образовательной программы для детей с РАС

Индивидуальная адаптированная программа развития представляет собой специально разработанный комплекс мероприятий, сформированный

специалистами различных направлений с учетом особенностей конкретного ребенка. Данная программа ориентирована на преодоление трудностей в развитии детей с ограниченными возможностями здоровья.

Цели, задачи и содержание индивидуальной программы обусловлены специфическим восприятием окружающего мира детьми с расстройствами аутистического спектра. Важной задачей является создание условий, способствующих минимизации неблагоприятных факторов, влияющих на развитие ребенка, а также удовлетворение его уникальных образовательных потребностей. Для этого необходимо учитывать следующие ресурсные группы [11]:

Предметно-пространственные — формирование комфортной и структурированной среды, в которой пребывает ребенок.

Организационно-смысловые — разработка подходов к организации учебного процесса и методов подачи информации.

Социально-психологические — создание условий для благоприятного социального взаимодействия.

Ключевые цели индивидуальной программы включают воспитание, обучение и развитие навыков, необходимых для самостоятельной жизни. Особое внимание уделяется налаживанию эффективной коммуникации, устранению трудностей во взаимодействии с окружающими, формированию познавательных способностей, снижению проявлений аутистических расстройств и созданию возможностей для всестороннего личностного роста.

Задачи адаптированной программы включают [14]:

- своевременное проведение диагностики, направленной на определение форм аутистических расстройств и уровня эмоциональной регуляции;
- обеспечение необходимой коррекционно-развивающей среды;
- организацию комплексной психолого-педагогической работы с дошкольниками с РАС;
- консультативную поддержку родителей в вопросах воспитания, обучения и взаимодействия с ребенком;
- разработку методических материалов по различным направлениям коррекционной деятельности.

При составлении индивидуальной программы развития выделяются три ключевых направления: диагностическое, коррекционно-развивающее и консультативно-просветительское.

Диагностическое направление представляет собой комплексный процесс, требующий участия специалистов образовательного учреждения. В его рамках осуществляется детальное изучение особенностей психолого-медико-педагогического развития ребенка. Определяются его образовательные потребности, уровень освоения учебных программ, ближайшая зона развития и

резервные возможности. Также анализируется социальная ситуация ребенка, условия семейного воспитания и динамика его развития.

Коррекционно-развивающее направление состоит из двух последовательных этапов:

Деятельностный этап, на котором специалисты совместно анализируют трудности освоения программы и вносят изменения в индивидуальный план с учетом конкретных потребностей ребенка.

Рефлексивный этап, где проводится оценка достигнутых результатов, что позволяет корректировать содержание и методы работы.

Консультативно-просветительское направление направлено на комплексную поддержку ребенка и его родителей. В рамках этого этапа специалисты вовлекают родителей в образовательный процесс, предоставляют рекомендации по организации воспитания и коррекционного обучения в домашних условиях. Также реализуются различные формы просветительской работы: лекции, семинары, индивидуальные консультации и распространение методических материалов, содержащих рекомендации по образовательному процессу [20].

11.2. Комплексный подход к коррекции аутистических проявлений.

Для эффективной реализации индивидуальной программы развития требуется согласованная работа и взаимодействие специалистов образовательного учреждения. Учитель-дефектолог выполняет координационные функции, планирует работу специалистов службы сопровождения, контролирует процессы организации деятельности и оценивает результативность реализации индивидуальной программы для дошкольника с расстройствами аутистического спектра. Педагог-психолог занимается диагностикой, консультирует родителей и педагогов, а учитель-логопед осуществляет работу по коррекции речевого развития и предоставляет рекомендации по использованию специальных методик в образовательном процессе. Воспитатель способствует развитию ребенка в различных сферах: познавательной, игровой, продуктивной, трудовой и коммуникативной, а также формирует навыки самообслуживания. Медицинские работники образовательного учреждения, включая врача и медицинскую сестру, организуют контроль состояния здоровья ребенка, разрабатывают рекомендации для педагогов, следят за питанием и проводят медицинские обследования.

Комплексный подход, включающий коррекционные, развивающие и воспитательные аспекты, а также междисциплинарное взаимодействие специалистов, значительно повышает шансы на успешное развитие познавательных и психических функций детей с РАС.

Однако, вызывает тревогу рост числа детей с расстройствами аутистического спектра. Аутизм является всепроникающим расстройством, затрагивающим разные психические сферы: эмоциональную, интеллектуальную,

сенсорную и когнитивную. У таких детей может наблюдаться выраженная успешность в отдельных сферах деятельности, таких как музыка, рисование, математика или шахматы. Речевое развитие у них имеет неравномерный характер: у одних наблюдается полное отсутствие речи, у других – склонность к персеверациям, автоматическому повторению услышанных сложных фраз, а также трудности в использовании речи для общения. Дети с более высоким уровнем речевого развития могут демонстрировать узкий круг интересов для обсуждения, а также сложности в понимании абстрактных понятий.

Ребенка с РАС часто отличает избегание массовых мероприятий, эмоциональная отстраненность в отношениях с членами семьи, равнодушие к интересам и потребностям близких, недостаточное владение социальными навыками. Они испытывают трудности в формировании представлений о взаимосвязи между людьми и предметами, часто испытывают страх перед новыми ситуациями. Особенностью таких детей является неравномерное развитие психических функций, осознание своих действий и ограниченность познавательных интересов. В связи с этим необходимо с раннего возраста формировать у них стремление к совместной деятельности, не упуская из виду индивидуальные особенности развития каждого ребенка.

Очевидно, что педагогическая работа не ограничивается лишь выполнением учебных планов – учитель также должен обеспечивать поддержку обучающихся, создавая условия для их комфортного и эффективного обучения. Среди ключевых задач этого процесса можно выделить следующие:

- создание благоприятной психологической атмосферы, способствующей развитию ребенка;
- объяснение сверстникам без особенностей развития необходимости поддерживать ребенка с РАС, помогая ему адаптироваться в коллективе;
- обеспечение защиты ребенка с ООП через формирование толерантной среды.

Важно учитывать, что работа с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, выходит за рамки учебного процесса и охватывает также внеурочную деятельность. Организация их досуга, взаимодействия со сверстниками во время перемен, прогулок, занятий в кружках и секциях требует детально разработанных методических подходов [56].

Все методические материалы должны учитывать индивидуальные особенности ребенка, помогать как педагогам, так и родителям в организации образовательного процесса и досуга. Взаимодействие между педагогами и родителями должно строиться на принципах:

- доверительного сотрудничества;
- обеспечения двусторонней обратной связи для эффективного взаимодействия;

- согласованности требований к ребенку в семье и образовательном учреждении;
- совместного решения возникающих проблем с учетом особенностей конкретного ребенка.

Одним из существенных препятствий в развитии инклюзивного образования является сопротивление родителей установкам образовательных учреждений, ориентированных на инклюзию [40]. Многие родители детей с особенностями развития считают, что их ребенок должен обучаться в массовой школе, вместе со сверстниками без ограничений по здоровью. Несмотря на справедливость стремления обеспечить равные права, важно понимать, что инклюзивное образование требует определенных условий и специализированного подхода, обеспечивающего эффективность образовательного процесса.

11.3. Психолого-педагогического сопровождения ребенка с РАС и его этапы.

Этапы психолого-педагогического сопровождения

Процесс психолого-педагогического сопровождения включает три ключевых этапа [23]: подготовительный, адаптационный и этап полного включения.

На подготовительном этапе проводится анализ возможностей образовательного учреждения и выявляются имеющиеся дефициты. Руководитель обсуждает с педагогическим коллективом значимость организации инклюзивного обучения, в том числе для детей с расстройствами аутистического спектра. Важной частью данного этапа становится просветительская и консультативная работа с родителями, а также проведение тренингов и семинаров, направленных на информирование и подготовку педагогов к взаимодействию с детьми с особенностями развития.

Адаптационный этап включает в себя формирование междисциплинарной команды сопровождения, проведение методических встреч, мастер-классов и тренингов по командному взаимодействию. В этот период специалисты знакомятся с ребенком, анализируют его документацию и проводят психолого-педагогическую диагностику, позволяющую определить индивидуальные барьеры обучения и развития. Полученные данные ложатся в основу образовательного процесса, а также формируют задачи, требующие первоочередного решения. Группа сопровождения ведет мониторинг динамики развития ребенка и осуществляет документирование результатов. Итогом данного этапа становится разработка индивидуальной образовательной программы, адаптированной под потребности конкретного дошкольника с расстройствами аутистического спектра.

На заключительном этапе – этапе полного включения – специалисты продолжают методическое сопровождение образовательного процесса,

разрабатывают дидактические материалы, адаптируют учебные программы и апробируют инновационные технологии работы. Они создают условия для комфортного обучения, обеспечивают индивидуализацию учебного процесса и формируют необходимые образовательные маршруты.

Формы обучения детей с РАС в образовательных учреждениях

Ситуация с обучением детей с аутизмом в современных образовательных организациях складывается по-разному. Можно выделить три основные формы их включения в образовательный процесс [42]:

- обучение в индивидуальном формате (на дому или в стенах учреждения);
- нахождение ребенка в группе или классе с элементами изоляции (он выполняет отдельные задания, а на некоторых занятиях его переводят в другое помещение);
- участие ребенка в учебном процессе без четких образовательных целей и системного отслеживания его развития.

Перечисленные модели не позволяют обеспечить детям с аутизмом полноценное обучение и нарушают принципы инклюзии. В образовательной системе недостаточно развиты механизмы включения таких детей в учебную среду, что негативно сказывается как на самих обучающихся, так и на их родителях и педагогах.

Предметно-пространственная организация образовательной среды

Для детей с РАС большое значение имеет грамотно организованное пространство. В слишком больших и открытых помещениях они испытывают дезориентацию, что может приводить к тревожности и проблемному поведению. Коррекция окружающей среды помогает снизить уровень стресса ребенка и способствует его адаптации.

Одним из примеров успешной методики является программа Э. Шоплера, основанная на структурировании пространства с использованием визуальных элементов. В этой программе предусматривается создание отдельных зон для различных видов деятельности, которые обозначаются с помощью ярких маркеров – мебели, ковровых покрытий, табличек и фотографий. Такая организация помогает детям лучше ориентироваться в пространстве, снижает количество отвлекающих факторов и способствует развитию дисциплины и самостоятельности.

Важную роль играет использование визуальных расписаний и схем действий, которые позволяют ребенку:

- быстрее адаптироваться в образовательной среде;
- эффективнее организовывать свое время;
- минимизировать тревожность, связанную с пониманием требований педагога;
- научиться переключаться между видами деятельности;
- проще ориентироваться в пространстве при смене активности.

Грамотно составленное расписание занятий, оформленное в удобной визуальной форме, способствует организации учебного процесса и развитию самостоятельности у ребенка. По мере того как дети адаптируются, уровень структурирования их образовательного пространства может постепенно снижаться.

Значение визуальной поддержки

Все учебные материалы и информация должны подаваться в формате, удобном для восприятия детей с аутизмом. Социальное развитие и обучение правилам поведения также должно происходить с использованием визуализированных инструкций.

Таким образом, эффективность психолого-педагогического сопровождения детей с РАС во многом зависит от сплоченной работы междисциплинарной команды, грамотного структурирования образовательного пространства и использования специализированных методик, способствующих комфортной адаптации ребенка в образовательной среде.

Вопросы для самоконтроля

1. Каковы цели и задачи индивидуальной образовательной программы для ребенка с РАС?
2. Какие направления включает индивидуальная программа развития?
3. В чем заключается сущность комплексного подхода к коррекции аутистических проявлений?
4. Каковы этапы психолого-педагогического сопровождения ребенка с РАС?
5. Разработайте ИУП для ребенка с РАС (Приложение Г)

Темы Рефератов.

1. Арттерапия в коррекционной работе с детьми с расстройствами аутистического спектра.
2. Методика поведенческой терапии "Прикладной анализ поведения" (АВА)
3. Программа "Обучение и воспитание детей с аутизмом и сопутствующими нарушениями развития" (ТЕАССН).

Тест для самопроверки

1. Какие ресурсные группы необходимо учитывать при разработке индивидуальной программы для детей с РАС?
 - а) Генетические, физиологические, эмоциональные
 - б) Предметно-пространственные, организационно-смысловые, социально-психологические
 - в) Физические, психосоматические, когнитивные
 - г) Сенсорные, коммуникативные, поведенческие
 - д) Социальные, педагогические, логопедические

2. Какая ключевая цель индивидуальной программы для ребенка с РАС?
- a) Максимальная социализация ребенка в коллективе
 - b) Развитие навыков, необходимых для самостоятельной жизни
 - c) Полная коррекция аутистических проявлений
 - d) Обучение в соответствии с общими образовательными стандартами
 - e) Полное устранение сенсорных нарушений
3. Какое направление НЕ входит в структуру индивидуальной программы развития?
- a) Диагностическое
 - b) Коррекционно-развивающее
 - c) Физкультурно-оздоровительное
 - d) Консультативно-просветительское
 - e) Все перечисленные входят
4. Какой специалист выполняет координационные функции в работе с детьми с РАС?
- a) Учитель-дефектолог
 - b) Педагог-психолог
 - c) Учитель-логопед
 - d) Воспитатель
 - e) Медицинский работник
5. Какой этап психолого-педагогического сопровождения включает создание междисциплинарной команды?
- a) Адаптационный
 - b) Подготовительный
 - c) Этап полного включения
 - d) Диагностический
 - e) Финальный
6. Какой из перечисленных факторов НЕ характерен для детей с РАС?
- a) Узкий круг интересов
 - b) Быстрая адаптация к новым условиям
 - c) Эмоциональная отстраненность
 - d) Неравномерное развитие психических функций
 - e) Трудности в социальном взаимодействии
7. В чем особенность программы Э. Шоплера для детей с РАС?
- a) Использование сенсорных комнат
 - b) Применение игровых методик для обучения
 - c) Структурирование пространства с визуальными элементами
 - d) Применение арт-терапии
 - e) Создание индивидуальных образовательных маршрутов
8. Какая модель обучения детей с РАС НЕ соответствует принципам инклюзии?

- a) Индивидуальный формат обучения
 - b) Изоляция ребенка на отдельных занятиях
 - c) Инклюзивное обучение с адаптацией программы
 - d) Обучение с учетом индивидуальных образовательных потребностей
 - e) Сопровождение ребенка специалистами
9. Какая основная задача педагогов в работе с детьми с РАС?
- a) Полностью устранить аутистические проявления
 - b) Обучить ребенка общепринятым социальным нормам
 - c) Создать условия для комфортного и эффективного обучения
 - d) Обеспечить полное соответствие образовательным стандартам
 - e) Исключить любую самостоятельность ребенка
10. Какое требование является важным в организации образовательного процесса для детей с РАС?
- a) Использование сложных текстовых инструкций
 - b) Полное исключение визуальной поддержки
 - c) Создание структурированной и предсказуемой среды
 - d) Применение только традиционных методов обучения
 - e) Отказ от адаптации учебных материалов

3. Особые образовательные потребности учащегося ... ФИ ... кл
Первое (второе) полугодие

Особые образовательные потребности	Специальные условия обучения для удовлетворения особых образовательных потребностей (<i>отмечаются только те пункты, которые соответствуют рассматриваемому случаю, необходимые данные вписываются</i>)
1. Изменение учебного плана (<i>нужное подчеркнуть</i>)	1. Не требуется. 2. Требуется.
2. Изменение учебных программ по предметам (<i>нужное подчеркнуть</i>)	1. Не требуется. 2. Требуется: а) адаптированные или сокращенные, ориентированные на ГОСО; б) специальные/индивидуальные программы.
3. Методы обучения	1) ... 2) ...
4. Способы оценивания результатов обучения (достижений ученика)	1) уменьшение количества контрольных заданий; 2) упрощение инструкции к заданию, расчленение инструкции на несколько частей; 3) увеличение времени на выполнение работы; 4) предпочтение устной/письменной форме выполнения задания; 5) использование иллюстративных и др. опорных материалов (памятки, алгоритмы, планы); 6) помощь педагога (в чем конкретно проявляется); 7) контрольные задания индивидуализированного содержания; 8) Другое: ...
5. Подбор учебников, учебных пособий, подготовка индивидуальных учебных материалов	1) Учебники: ... 2) Рабочие тетради: ... 3) Специальные дидактические материалы: ...
6. Адаптация учебного места и приспособление среды обучения	1) Первая парта; 2) Один за рабочим столом; 3) Рядом с помощником учителя и др.; 4) Часть урока работает стоя за конторкой; 5) Часть урока работает в ресурсной комнате; 6) Другое: ...
7. Потребность в технических средствах	Указать, в каких технических приспособлениях нуждается ученик и какие приспособления есть для него в классе (<i>например:</i>

	<i>планшет, компьютер, звукоусиливающая аппаратура и др.)</i>
8. Помощь специального педагога	Основные цели и задачи на полугодие. Частота занятий со специальным педагогом в неделю, продолжительность занятий, форма занятий (<i>индивидуальное, подгрупповое</i>).
9. Помощь логопеда	Основная цель и задачи на полугодие. Частота занятий с логопедом в неделю, продолжительность занятий, форма занятий (<i>индивидуальное, подгрупповое</i>).
10. Помощь педагога-ассистента	Функции и мера помощи ученику со стороны помощника учителя. Особенности изменения этой помощи при необходимости.
11. Психологическая помощь	Основные цели и задачи на полугодие. Частота занятий в неделю, продолжительность занятия, форма занятий с психологом (<i>индивидуальное, подгрупповое, групповое</i>).
12. Социально-педагогическая помощь	Указать основные цели и задачи на полугодие.

4. Рекомендации учителю

Что помогает ученику активно участвовать в уроке (методы и приемы обучения, адаптация рабочего места, способы общения, выполнения заданий и оценивания и т.д.)	Что вызывает затруднения
...	...

5. Рекомендации родителям

Возможные мероприятия (касающиеся здоровья, режима дня, видов домашней деятельности, проведения досуга в семье, подготовки домашних заданий, посещения занятий дополнительного образования и др.)	Достигнутые результаты
...	...

6. Индивидуальный учебный план Ф.И. уч-ка ... класса на первое полугодие (четверть) ... уч. года

Перечень предметов учебного плана	Общая программа	Сокращенная/адаптированная программа на основе ГОСО	Индивидуальная программа (не ориентированная на ГОСО)
...	...	...	...

Примечание:

Тип выбранной учебной программы для ученика в соответствии с его возможностями по каждому предмету учебного плана обозначается знаком (+).

1. Программа индивидуальных и подгрупповых занятий психолога с Ф.О. ученика _____ на 1 четверть 20..-20.. учебного года

Индивид. групп., подгрупп., занятия (состав гр. уч-ся)	Направления работы. Цели-ожидаемые результаты	Отметка о достижении	Примечание (причины недостижения результата)

Заключение к Модюлю 4.

Коррекционно-развивающая работа с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) представляет собой сложный, многоплановый и поэтапный процесс, требующий системного подхода и учёта индивидуальных особенностей каждого ребёнка. Освоение содержания данного модуля позволяет специалисту сформировать комплексное представление о современных теоретико-методологических основах и практических подходах к организации психолого-педагогической помощи детям с аутизмом.

Одним из ключевых направлений работы является формирование навыков сенсорной интеграции и снижение сенсорной перегрузки, так как дети с РАС часто сталкиваются с трудностями переработки сенсорной информации. Применение принципов оперантного обучения и положительного подкрепления позволяет выстраивать эффективную стратегию формирования желательного поведения и гашения деструктивных форм реагирования. При этом специалисту необходимо учитывать уровень развития ребёнка, его интересы, мотивационную сферу, особенности коммуникации и эмоционального реагирования.

Отдельного внимания заслуживает коррекция и развитие коммуникативных навыков. С помощью визуальных поддержек, альтернативной и дополнительной коммуникации (ААС), моделирования и ролевых игр дети учатся выражать свои желания, устанавливать контакт со взрослыми и сверстниками, понимать социальные нормы и контексты. Социальные истории, сценарные тренинги, работа с эмоциями — всё это способствует формированию навыков социального взаимодействия.

Развитие предметно-манипулятивной деятельности, моторных функций и когнитивных процессов (памяти, внимания, мышления, речи) также занимает важное место в коррекционно-развивающей работе. Последовательное и поэтапное освоение этих умений создаёт фундамент для повышения самостоятельности ребёнка в повседневной жизни и образовательной деятельности.

Неотъемлемой частью успешной коррекционной практики является работа с семьёй. Сотрудничество с родителями, их информирование, консультирование и включение в коррекционные мероприятия позволяют создать единое пространство развития ребёнка и обеспечивают преемственность усилий специалистов и семьи. Умение специалиста деликатно и профессионально выстраивать коммуникацию с родителями способствует повышению их компетентности и уверенности в воспитании ребёнка с РАС.

Значимым результатом работы становится разработка индивидуальной образовательной программы (ИОП), которая строится на основе диагностических данных и представляет собой гибкий, динамичный инструмент планирования коррекционно-развивающей деятельности. ИОП позволяет учесть уникальные

потребности, темп развития, сильные и слабые стороны ребёнка, а также определить приоритетные направления вмешательства.

Таким образом, коррекционно-развивающая работа психолога, использующего поведенческий подход, охватывает широкий спектр задач: от формирования элементарных навыков до социализации и интеграции ребёнка в общество. Эффективность этой работы определяется уровнем профессиональной подготовки специалиста, его способностью к анализу поведения, гибкостью применяемых методов и уважительным отношением к личности ребёнка. Только в условиях тесного взаимодействия всех участников сопровождения возможно достижение устойчивых позитивных изменений в развитии ребёнка с расстройствами аутистического спектра.

5 модуль. MINOR Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в организациях образования»

Аннотация

Модуль описывает систему психолого-педагогического сопровождения детей с РАС в образовательной среде, включая инклюзивное обучение. Раскрываются направления работы специалистов, вопросы включения детей в образовательный и социокультурный контексты, сопровождение педагогов и родителей, а также организационные аспекты комплексной помощи.

Ожидаемые результаты обучения

После изучения модуля обучающийся должен уметь:

- *Характеризовать особенности инклюзивного обучения детей с РАС.*
- *Применять научно обоснованные практики и использовать средовые ресурсы.*
- *Разрабатывать и реализовывать программу комплексного сопровождения.*
- *Осуществлять диагностику в условиях непрерывного образования.*
- *Сопровождать педагогов и родителей в процессе адаптации ребёнка с РАС в образовательной среде.*

1.ЛЕКЦИЯ Психолого-педагогическая характеристика детей с РАС в условиях инклюзивного образования.

1.1. Организация образовательной деятельности детей РАС.

Образовательный процесс для детей с расстройствами аутистического спектра требует значительных ресурсов, включая кадровые, финансовые и материально-технические. В настоящее время наблюдается тенденция компенсировать нехватку таких ресурсов в образовательных учреждениях за счет уменьшения объема предоставляемой помощи детям с особыми образовательными потребностями. Нередко возникает несогласованность в действиях между специалистами и родителями детей с РАС, а иногда даже открытое противостояние.

Существует несколько возможных моделей организации обучения детей с аутизмом. Одной из них является полная инклюзия в массовый класс без сопровождения тьютора. Другой вариант — обучение в том же формате, но с постоянной поддержкой тьютора. В ряде случаев применяется частичная инклюзия, при которой часть занятий ребенок проводит в общеобразовательном классе, а оставшуюся — в специализированной среде. Также возможно обучение в специализированных классах для учащихся с различными особенностями развития, либо в специализированных классах, ориентированных исключительно на детей с аутизмом. Кроме того, существуют отдельные образовательные

учреждения для таких детей, а также предусмотрена возможность обучения на дому или по индивидуальному учебному плану, включая применение дистанционных технологий.

Выбор образовательного маршрута для ребенка с РАС представляет собой сложную задачу, сопровождаемую высокой степенью ответственности. Родители принимают ключевое решение о выборе формы обучения, однако образовательное учреждение обязано создать специальные условия, соответствующие рекомендациям психолого-медико-педагогической комиссии. Одной из главных трудностей является точное определение актуального уровня развития ребенка и его потенциала на момент поступления в школу.

Если организация образовательного процесса не соответствует потребностям ребенка с РАС, могут возникнуть серьезные проблемы. Учащийся может оказаться изолированным от сверстников и заниматься исключительно индивидуальными заданиями, не взаимодействуя с одноклассниками. В некоторых случаях он может оказывать влияние на весь учебный процесс, нарушая дисциплину в классе, а педагоги либо позволяют этому происходить, избегая конфронтации, либо вынуждены регулярно удалять ребенка с занятий. В ряде ситуаций наблюдаются деструктивные формы поведения, включая побеги из класса или школы, агрессивные действия по отношению к окружающим. Иногда из-за жестких требований со стороны взрослых у ребенка формируются стойкие страхи, а также могут развиваться вторичные проблемы, такие как энурез, заикание или мутизм.

Для эффективного включения ребенка с РАС в образовательный процесс следует учитывать ряд факторов. Один из них — принцип «обратной интеграции», предложенный Т. Питерсом, согласно которому на начальном этапе обучения создается наиболее комфортная среда, адаптированная под индивидуальные особенности ребенка. Образовательный маршрут должен строиться с учетом динамической оценки возможностей учащегося. Организация обучения должна предусматривать учет всех аспектов особых образовательных потребностей, а также согласованную работу специалистов и родителей [70].

При оценке возможностей ребенка с аутизмом для включения в образовательную среду важно учитывать уровень выраженности трудностей во взаимодействии с окружающим миром и аффективной регуляции (в соответствии с классификацией О.С. Никольской). Также необходимо анализировать когнитивное развитие ребенка, принимая во внимание его неравномерность, а также уровень сформированности умений и навыков, необходимых для успешного функционирования в коллективе. Важным критерием является выявление зоны ближайшего развития ребенка в данных сферах.

Построение образовательного маршрута для ребенка с аутизмом включает несколько этапов. Первоначальный этап заключается в диагностике, постановке задач и выборе оптимальной формы организации учебного процесса. Затем

начинается индивидуальное обучение, после чего ребенок постепенно включается в небольшие группы (2-3 учащихся с участием одного-двух педагогов). Следующим этапом является групповой формат обучения, который может реализовываться в специализированном классе с ограниченным числом учеников, а также через частичную или полную инклюзию в массовую школу.

Создание инклюзивной образовательной среды в школе требует выполнения ряда условий. Педагоги должны безоговорочно принимать каждого учащегося вне зависимости от его особенностей. Важно формировать в образовательном учреждении культуру толерантности среди всех его участников, включая административный и технический персонал. Учебные цели должны быть определены в соответствии с зоной ближайшего развития ученика. Важно предусмотреть включение ребенка с особенностями развития в школьные мероприятия, а также активно задействовать его семью в образовательном процессе.

Ожидаемыми результатами работы школы в направлении инклюзии являются позитивное отношение ребенка к учебному процессу, учителям и одноклассникам, успешное освоение образовательной программы (с учетом ее адаптации), а также развитие навыков социальной адаптации.

Деятельность администрации и педагогического состава по формированию инклюзивной среды включает несколько ключевых направлений. Необходимо разработать нормативные документы, регламентирующие процесс психолого-педагогического сопровождения учащихся. Важно четко определить функции всех участников образовательного процесса, провести анализ текущего состояния инклюзивных практик в школе и обеспечить профессиональную подготовку педагогов. Кроме того, необходимо организовать работу с родительским сообществом, привлечь союзников и социальные партнерские организации.

Создание нормативной базы предполагает внесение изменений в локальные акты образовательного учреждения, включая Устав школы и план ее развития. Также требуется разработка внутренних документов, регламентирующих процесс сопровождения учащихся и фиксирующих его результаты.

Распределение функций между участниками образовательного процесса является важным аспектом организации инклюзивного обучения. Директор школы отвечает за создание службы психолого-педагогического сопровождения, утверждает положения о ее деятельности и определяет структуру взаимодействия специалистов. Заместитель директора по учебной работе курирует процесс сопровождения, координирует взаимодействие педагогов и специалистов, участвует в разработке индивидуальных программ сопровождения учащихся. Заместитель директора по воспитательной работе отвечает за формирование толерантной среды в школе и организацию внеурочной деятельности с учетом возможностей всех учеников [76].

Педагогическая деятельность включает выявление учащихся с особыми образовательными потребностями, анализ их трудностей, адаптацию учебного материала и участие в разработке индивидуальных программ обучения. Учителя должны обеспечивать дифференцированный подход в процессе преподавания и оценки достижений учащихся, а также активно взаимодействовать со специалистами службы психолого-педагогического сопровождения.

1.2. Служба ППС

Служба психолого-педагогического сопровождения образовательного учреждения, включающая в себя психолога, логопеда, специального и социального педагогов, воспитателя, а также педагога-ассистента, выполняет следующие функции [22]:

- осуществляет углубленное психолого-педагогическое обследование учащихся для выявления характера и причин их затруднений;
- фиксирует полученные результаты в установленной документации;
- определяет на основании диагностики индивидуальные образовательные потребности обучающихся;
- разрабатывает персонализированные программы психолого-педагогического сопровождения;
- организует индивидуальные и групповые занятия для учащихся;
- предоставляет консультации учителям, родителям и администрации школы;
- контролирует эффективность реализуемых программ сопровождения;
- сотрудничает с социальными партнерами.

Специалисты службы психолого-педагогического сопровождения принимают участие в заседаниях педагогического совета школы. Их присутствие позволяет детально рассматривать причины трудностей в обучении и поведении учеников, а также обсуждать стратегии их преодоления. Кроме того, на заседаниях методических объединений специалисты информируют педагогов о специальных методах и подходах к обучению, а также технологиях дифференцированного и индивидуального подходов для работы с учащимися, имеющими особые образовательные потребности.

Работа службы психолого-педагогического сопровождения основывается на ряде ключевых принципов [17]:

- а) применение комплексного междисциплинарного подхода, включающего изучение медицинских и социально-психологических данных учащегося, а также его обследование различными специалистами;
- б) системный и целостный анализ, направленный на выявление механизмов возникновения трудностей и соотношение первичных и вторичных факторов, влияющих на процесс обучения;

в) динамическое отслеживание изменений в образовательных потребностях обучающихся, позволяющее своевременно выявлять новые запросы и корректировать поддержку;

г) командное взаимодействие, основанное на:

- соблюдении единого подхода и согласованных требований к диагностике учебных затруднений и особых образовательных потребностей;
- приверженности общим ценностям, включая уважение к личности ребенка и обеспечение конфиденциальности информации о нем;
- тесном сотрудничестве всех участников образовательного процесса: учителей, специалистов, родителей и самого ученика;
- распределении ответственности между специалистами службы сопровождения.

Администрация школы совместно со специалистами службы психолого-педагогического сопровождения проводит регулярный анализ текущей ситуации в образовательном учреждении, преследуя следующие цели:

- изучение уровня готовности педагогического коллектива к работе с детьми, имеющими особые образовательные потребности, посредством опросов, анкетирования и индивидуальных бесед;
- выявление учащихся с затруднениями в обучении, у которых еще не определены особые образовательные потребности.

Профессиональное развитие педагогов организуется администрацией школы и направлено на повышение их компетентности в сфере инклюзивного образования. Оно включает изучение принципов и ценностей инклюзивного подхода, причин и проявлений учебных трудностей у детей, адаптивных методик обучения, технологий индивидуального подхода, а также методов разработки индивидуальных и сокращенных образовательных программ. Данный процесс реализуется через курсы повышения квалификации, участие в семинарах, круглых столах, профессиональных конкурсах и конференциях.

Формирование толерантного образовательного пространства требует системной работы с педагогами, учащимися и родителями. Для этого применяются различные формы взаимодействия: беседы, семинары, дидактические игры, просмотр и обсуждение социальных видеоматериалов, анализ кинофильмов, статей и литературных произведений.

1.3 Алгоритм психолого-педагогического сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра

В последние годы проблема организации психолого-педагогического сопровождения детей, имеющих расстройства аутистического спектра и другие ментальные нарушения, приобретает все большую актуальность. Значительная часть таких учащихся нуждается в продолжительной коррекционно-развивающей работе, которая направлена на снижение выраженности аффективных и

интеллектуальных нарушений, улучшение навыков социального взаимодействия, развитие внимания, коррекцию поведенческих особенностей, совершенствование моторики и устранение других затруднений.

В связи с этим возникла необходимость создания четкого алгоритма психолого-педагогического сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, который позволил бы систематизировать и оптимизировать процесс оказания помощи данной категории обучающихся.

Алгоритм состоит из следующих этапов [25]:

Таблица 13. Алгоритм ППС детей с РАС

Этапы	Структура работы	Родители
<i>I этап- Диагностический</i>	-Определение возможностей ребенка с РАС, уровня его развития.	-Сбор анамнестических данных (беседа, заполнение анкеты сенсомоторного развития), установление взаимопонимания и тесного контакта с родителями.
<i>II этап- Организационный</i>	Составление адаптированной образовательной программы, учебного календарного плана. -Определение контрольных измерительных материалов.	- Согласование и уточнение программы.
<i>III этап- Практический Коррекционная работа: - Адаптацио нный период</i>	- В течении 2 недель ребенок в сопровождении родителя знакомится со школой, со специалистами и учителями, проходит тот маршрут, по которому он будет посещать занятия.	Родитель активно принимает участие в адаптационном периоде, сопровождает ребенка, дома подкрепляет визуальным расписанием (фотографии школы, кабинетов). Обучение родителей методикам воспитания аутичного ребенка, организация его режима.

- <i>Активируюций</i> - <i>(прием растормаживания)</i>	Если по истечении адаптационного периода не удастся установить контакт с ребенком, у него по – прежнему присутствуют негативные эмоции или он реагирует со страхом, то период привыкания продляется. взаимодействие с ребенком, растормаживание речи с помощью жестов, песен, стихов, в ходе тонизирующей игры; развитие мелкой моторики.	
<i>Формирующий</i>	- формирование у ребенка целенаправленного поведения, диалогической речи, обучение спонтанно воспроизводить слова, штампы; формирование позитивного интереса. - развитие когнитивных функций; - расширение представлений об окружающем мире, словарного запаса	
- <i>Корректирующий</i>	коррекция речевых нарушений. -преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений (аутостимуляции);	
<i>IV этап - Заключительный</i>	Подведение итогов. Углубленная диагностика. Динамика. - Постановка целей на следующий год.	
<i>V этап- Социализующий</i>	- Развитие социального взаимодействия. - Социализация ребенка в обществе, интеграция со сверстниками. - Адаптация и самореализация в социальной среде.	

1.4. Периоды коррекционной работы.

Этапы психолого-педагогического сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра

1. Адаптационный период

Первым шагом в процессе адаптации ребенка с расстройствами аутистического спектра является установление контакта, исследование его возможностей, особенностей и интересов, а также работа над организацией его поведения. Одной из ключевых задач данного этапа выступает создание безопасной и комфортной среды, что способствует формированию целенаправленного поведения, продолжающегося на последующих этапах. Завершается этот период в момент, когда ребенок спокойно входит в новое для него помещение (центр, детский сад, школу и др.).

2. Активизирующий период (развитие речевой активности)

Основная цель этого этапа — стимулирование психической активности ребенка, повышение его заинтересованности во взаимодействии и общении. Включает в себя:

- активацию речевой деятельности посредством жестов, песен и стихов в ходе тонизирующей игры;
- развитие мелкой моторики, способствующее запуску речевых механизмов.

Неотъемлемым условием успешного формирования речи является интерес ребенка к общению и развитие коммуникативных навыков. Данный период состоит из нескольких последовательных этапов [33]:

Предречевой этап — налаживание контакта и общения с педагогом, создание партнерских взаимоотношений.

Развитие речевой активности — индивидуальные занятия по запуску речи.

Продуктивная деятельность — использование сенсорных игр для взаимодействия.

Ребенку с аутизмом бывает трудно одновременно обращаться к человеку с просьбой и произносить нужное слово или фразу. Альтернативные средства коммуникации помогают решать эти задачи поэтапно: сначала ребенок учится обращаться с просьбой невербально, а затем осваивает речевые выражения в процессе подражательной игры. Сенсорные игры позволяют снизить тревожность и помогают выстроить доверительные отношения между ребенком и взрослым.

3. Формирующий период

Этот этап направлен на развитие целенаправленного поведения, понимания речи и инструкций, а также освоение диалогической речи и чтения. Здесь закладывается способность ребенка к спонтанному воспроизведению слов и фраз, а также формируется интерес к окружающему миру.

Основные подходы в обучении [24]:

- демонстрация действий вместо словесных инструкций;
- метод «рука в руку» — помощь ребенку в выполнении действий;

- копирование движений и действий по образцу.

Специалист работает над развитием речевой функциональной системы с помощью специальных упражнений. Для повышения познавательной активности используются совместные игровые занятия, а также подражательные упражнения, способствующие формированию звуковой и двигательной активности.

На данном этапе формируются основные виды деятельности:

- совместные действия с педагогом;
- параллельные и сопряженные действия по подражанию;
- воспроизведение действий по показу и по образцу;
- планирование и контроль собственных действий с использованием вспомогательных подсказок.

Работа строится в нескольких направлениях:

- развитие подражания (движениям и звукам);
- усиление сенсорных впечатлений;
- расширение представлений об окружающем мире;
- освоение жестов и пиктограмм как невербальных средств общения;
- формирование навыков чтения и слогового слияния;
- развитие умений планировать и контролировать свою деятельность.

4. Корректирующий период

На этом этапе проводится коррекция нежелательных форм поведения, к которым относятся [19]:

- агрессивные проявления;
- аутоагрессия (удары головой, кусание, расчесывание и др.);
- стереотипные движения и аутостимуляция (раскачивание, перебирание пальцами, сосание руки и т. д.);
- нежелательные формы поведения (игнорирование инструкций, протестные реакции).

На завершающем этапе проводится диагностика динамики развития ребенка, оцениваются достигнутые результаты и намечаются цели для дальнейшей работы.

Процесс социализации во многом зависит от окружающего общества и его готовности к включению ребенка с РАС в образовательную и социальную среду. Ключевыми факторами успешной адаптации выступают:

- поддержка семьи, образовательных учреждений и социальных организаций;
- участие в культурно-досуговых и спортивных мероприятиях;
- поэтапное включение ребенка в инклюзивную среду (от малых групп до полной интеграции в общество).

С учетом широкого спектра особенностей аутизма требуется комплексный подход к социализации, ориентированный на индивидуальные потребности ребенка и создание комфортных условий для его развития.

1.5. Поддержка ученика специалистами службы психолого - педагогического сопровождения.

Каждому специалисту службы психолого-педагогического сопровождения важно понимать, что его индивидуально-развивающая работа направлена на достижение главной цели — помочь обучающемуся учиться в классе среди сверстников и усваивать учебную программу в соответствии со своими возможностями. Специалисты с помощью методов и приемов развивающей работы обеспечивают достаточный уровень умственного, речевого, социально-коммуникативного и личностного развития для усвоения образовательной программы, в том числе сокращенной (адаптированной) или индивидуальной.

При составлении индивидуальных развивающих программ психологом, логопедом, специальным педагогом, помимо общих принципов психолого-педагогической работы (учета возрастных и индивидуальных особенностей, деятельностного подхода и др.), необходимо придерживаться следующих принципов [20]:

1. Направленность работы на преодоление трудностей обучения. Логопед устраняет нарушения речевого развития, препятствующие усвоению учебных предметов. Психолог развивает психические функции, необходимые для письма, чтения, счета и других школьных навыков. Специальный педагог восполняет пробелы в усвоении школьной программы, готовит ученика к изучению сложного материала и формирует учебные навыки.

2. Личностная ориентированность и индивидуальный подход. Важно относиться к ребенку как к активной личности с потребностями, мотивами и ресурсами для развития. Специалисты учитывают не только трудности, но и сильные стороны ученика, опираясь на его интересы и увлечения. Программа должна быть доступной, учитывать зону ближайшего развития и причины трудностей.

3. Социальная и коммуникативная направленность. Важно создавать ситуации, в которых ученик применяет формируемые навыки в повседневной жизни — на уроках, в общении и социальной среде.

4. Преемственность и единство подходов. Специалисты разных профилей и учителя должны согласовывать свои действия, несмотря на различие методов, для эффективного преодоления трудностей обучения.

5. Привлечение родителей. Важно учитывать мнение родителей, развивать партнерские отношения, учитывать их запрос при разработке программы и вовлекать их в выполнение рекомендаций специалистов в домашних условиях.

Разработка индивидуальной программы предполагает выбор методов и приемов с учетом особенностей ученика. Каждый специалист самостоятельно определяет направления работы и использует современные инновационные психолого-педагогические технологии (включая специальные и альтернативные

методы) для повышения эффективности взаимодействия с ребенком. Рекомендуемые методические источники представлены в списке литературы.

Вопросы для самоконтроля

1. Организация образовательной деятельности детей РАС.
2. Подготовка школьной среды
3. Работа службы психолого-педагогического сопровождения.
4. Изучите документацию СППС школы. Законспектируйте названия основных документов. Знать их предназначение.
5. Алгоритм психолого-педагогического сопровождения детей с РАС.
6. Периоды коррекционной работы.
7. Поддержка ученика специалистами службы психолого -педагогического сопровождения
8. Заполните характеристику на 1 ребенка. (Приложение 3)

Темы Рефератов.

1. Каковы особенности организации образовательной деятельности детей с РАС?
2. Какие требования предъявляются к подготовке школьной среды для ребенка с РАС?
3. Какие функции выполняет служба психолого-педагогического сопровождения (СППС)?
4. Какие основные документы входят в состав СППС и каково их предназначение?
5. В чем заключается алгоритм психолого-педагогического сопровождения детей с РАС?
6. Каковы ключевые периоды коррекционной работы с детьми с РАС?
7. Каким образом осуществляется поддержка ученика специалистами СППС?

Тест для самопроверки

1. Какие специалисты входят в службу психолого-педагогического сопровождения образовательного учреждения?
 - а) Психолог, логопед, спортивный тренер
 - б) Логопед, психолог, врач-невролог
 - в) Психолог, логопед, специальный и социальный педагог, воспитатель, педагог-ассистент
 - г) Психолог, дефектолог, школьный инспектор
 - д) Воспитатель, логопед, врач-педиатр
2. Какова одна из главных задач службы психолого-педагогического сопровождения?
 - а) Обучение родителей методикам коррекционного воспитания
 - б) Осуществление углубленного психолого-педагогического обследования

- учащихся
- с) Организация досуговых мероприятий в школе
 - д) Проведение массовых психологических тренингов
 - е) Мониторинг физического состояния учащихся
3. Что является одним из принципов работы службы сопровождения?
- а) Индивидуальная работа каждого специалиста без взаимодействия с коллегами
 - б) Исключительно медицинский подход к обучению детей
 - с) Командное взаимодействие всех специалистов, родителей и учителей
 - д) Работа только с одаренными детьми
 - е) Контроль за работой учителей и их методами преподавания
4. Какой этап является первым в алгоритме психолого-педагогического сопровождения детей с РАС?
- а) Корректирующий
 - б) Формирующий
 - с) Адаптационный
 - д) Активизирующий
 - е) Контрольный
5. Что является основной целью активизирующего периода?
- а) Коррекция агрессивного поведения
 - б) Стимулирование психической активности ребенка и развитие речевых навыков
 - с) Оценка успеваемости ребенка
 - д) Формирование навыков самостоятельного обучения
 - е) Социальная интеграция в класс
6. Какой метод используется для развития речевой функциональной системы у детей с РАС?
- а) Тестирование когнитивных способностей
 - б) Развитие пространственного восприятия
 - с) Метод «рука в руку»
 - д) Метод коллективного чтения
 - е) Использование цифровых технологий для обучения
7. Что НЕ является задачей формирующего периода?
- а) Развитие подражания движениям и звукам
 - б) Усиление сенсорных впечатлений
 - с) Освоение жестов и пиктограмм
 - д) Коррекция агрессивного поведения
 - е) Развитие умений планировать и контролировать свою деятельность
8. Какие формы поведения корректируются на корректирующем этапе?
- а) Отказ от еды и ночные кошмары
 - б) Агрессия, аутоагрессия, стереотипные движения

- c) Недостаточная физическая активность
 - d) Отказ от посещения школы
 - e) Неуспеваемость по отдельным предметам
9. Какой фактор НЕ является ключевым в успешной адаптации детей с РАС?
- a) Поддержка семьи и образовательных учреждений
 - b) Полное исключение ребенка из социальной среды
 - c) Участие в культурно-досуговых мероприятиях
 - d) Поэтапное включение ребенка в инклюзивную среду
 - e) Комплексный подход к социализации
10. Какой метод НЕ используется для формирования толерантного образовательного пространства?
- a) Проведение бесед и семинаров
 - b) Просмотр и обсуждение социальных видеоматериалов
 - c) Жесткий контроль поведения учащихся с особыми потребностями
 - d) Анализ литературных произведений и кинофильмов
 - e) Дидактические игры

Характеристика учащегося (первое/второе полугодие, конец года)
(заполняет каждый учитель, который работает с учеником и каждый специалист СППС)

Сфера	Сильные стороны/актуальный уровень	Сложности
Чтение	(описываются имеющиеся навыки в соответствии с программой, указывается, какому классу, четверти соответствуют)	
Письмо	Описываются имеющиеся навыки в соответствии с программой, указывается, какому классу, четверти соответствуют	
Математика	Описываются имеющиеся навыки в соответствии с программой, указывается, какому классу, четверти соответствуют	
Другие предметы (включая музыку и физ-ру)	Описываются имеющиеся навыки в соответствии с программой, указывается, какому классу, четверти соответствуют	
Учебная деятельность: мотивация, самоорганизация, планирование, выполнение и контроль учебных действий.		
Работоспособность и темп деятельности		
Речь: собственная и понимание		
Восприятие, внимание, память, мышление		

Эмоции и поведение (на уроке и вне)		
Общение и взаимодействие с учителем и одноклассниками		
Двигательные навыки (мелкая моторика, общая моторика)		
Навыки самообслуживания. Социально-бытовая ориентировка		
Любимые занятия, увлечения, привычки		
Предполагаемые причины трудностей обучения		
Обобщение наблюдаемых фактов	Ресурсы, которые имеет ученик для того, чтобы быть успешным в учении	Ограничения, которые необходимо учитывать в учебном процессе
Рекомендации к организации учебного процесса (как можно конкретнее)		

2. ЛЕКЦИЯ. Научно обоснованные практики для детей с расстройствами аутистического спектра

2.1. Исследования в области РАС.

Стремительный рост распространенности расстройств аутистического спектра (РАС) в сочетании с активной правозащитной деятельностью родителей и профессионалов привел к значительному увеличению разработок и научных исследований в области коррекционных вмешательств. Так, в Соединенных Штатах (HRSA, 2006, 2011, 2014) из общего бюджета в размере почти 1,4 миллиарда долларов, выделенного на изучение РАС, существенная доля финансовых средств была направлена именно на исследования методов коррекции (IACC, 2017).

Современные интервенции, применяемые при РАС, представляют собой широкий спектр подходов – от научно подтвержденных и валидизированных методик до техник, разработанных родителями, а также не имеющих доказательной базы псевдонаучных и шарлатанских практик. Увеличение спроса со стороны людей с РАС и их семей, в сочетании с комплексным системным ответом со стороны поставщиков услуг, осознающих объем затрат на поддержку лиц с данным диагнозом, способствовало формированию запроса на научно обоснованную оценку эффективности применяемых вмешательств. Так как финансовые вложения требуют прозрачности и отчетности, вопрос обоснованности терапевтических методов приобрел ключевое значение в научном сообществе.

В странах с развитой системой регулирования интервенции подлежат строгому лицензированию и сертификации профильными организациями, что требует от специалистов выбора методик исключительно на основании доказательной базы. Такой подход зародился в 1960-х годах в Великобритании в рамках концепции доказательной медицины. Именно на этих принципах было основано Кокрановское сотрудничество, занимающееся распространением аналитических обзоров по научно обоснованным методам коррекции.

Влияние концепции доказательной медицины распространилось и на другие сферы, имеющие отношение к вмешательствам. Так, в 1990-х годах 12-е подразделение Американской психологической ассоциации – Общество клинической психологии – разработало систему классификации вмешательств, разделив их на «эффективные» и «вероятно эффективные». Это стало первым официальным случаем четкого определения критериев, необходимых для того, чтобы метод был признан научно обоснованным [79].

В дальнейшем аналогичные критерии утвердили и другие профессиональные сообщества, включая Совет по одаренным детям, Национальную ассоциацию школьной психологии США и Американскую ассоциацию речи и слуха. При этом существуют и иные классификации

вмешательств, созданные учеными в разных странах. Несмотря на то что некоторые терминологические различия сохраняются, в большинстве случаев понятия «научно обоснованные» и «научно подкрепленные» применяются как синонимичные.

Данные изменения оказали влияние на профессиональные стандарты в различных направлениях клинической психологии, включая диагностику и коррекцию РАС. До конца XX века исследовательские группы и практики применяли в основном описательные методы для определения эффективности тех или иных вмешательств. Такой подход был оправдан, поскольку позволял проводить сравнительный анализ существующих методик. Однако в те годы систематические обзоры не следовали жестко регламентированным критериям отбора исследований, не имели четких стандартов ранжирования информации по категориям, а также не применяли статистические методы оценки эффекта. При этом анекдотические свидетельства и личные мнения специалистов не могут считаться надежными научными данными [75].

Сфера изучения доказательных интервенций при РАС особенно интенсивно развивалась в последние три десятилетия. В настоящее время у исследователей есть стандартизированные инструменты для оценки эффективности вмешательств, регулярно публикуются метаанализы и систематические обзоры. Так как экономические и общественные запросы продолжают стимулировать развитие данной области, ключевое значение придается качеству эмпирических данных, используемых для анализа эффективности подходов.

Эти трансформации привели к изменению стандартов в исследованиях РАС. В рамках Кокрановского сотрудничества приоритет стали получать методологии, базирующиеся на рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ). Если в ранних обзорах не было выявлено ни одного РКИ, посвященного психологическим и поведенческим интервенциям, то спустя десятилетие появились первые пять исследований, а еще через пять лет – их количество увеличилось до пятидесяти. Финансирование со стороны государственных и частных организаций продолжает способствовать увеличению числа исследований.

Кроме того, были признаны и другие методологические подходы. Например, ранее Кокрановское сотрудничество исключало из анализа исследования единичного случая (ИЕС), несмотря на их важность в сфере изучения РАС. Однако сегодня ИЕС рассматриваются как валидный научный инструмент, обеспечивающий значимый вклад в исследовательскую базу по интервенциям для детей с РАС. В связи с этим в современных систематических обзорах стали учитывать эмпирические данные как из РКИ, так и из ИЕС.

Сегодня научное сообщество ожидает, что публикации о вмешательствах будут соответствовать стандартам прозрачности, включая отчетность о проведенных исследованиях. К таким стандартам относятся Консолидированные

стандарты отчетности по клиническим испытаниям (CONSORT) для РКИ и Прозрачные отчеты по оценке нерандомизированных исследований (TREND) для квазиэкспериментов [64].

Несмотря на активное развитие науки и практики в данной области, специалисты пока не смогли найти универсальное средство для лечения РАС. Однако для людей с этим диагнозом существует множество вариантов вмешательств. Масштабы доступных интервенций можно оценить по количеству ежегодно публикуемых эмпирических исследований (сотни работ) и росту числа систематических обзоров и метаанализов. Однако следует учитывать, что далеко не все существующие методы можно назвать действительно эффективными.

2.2. Вмешательства при РАС.

В целом, вмешательства для лиц с расстройствами аутистического спектра (РАС) можно классифицировать на две основные категории.

1. Комплексные модели.

Эти вмешательства представляют собой совокупность методов, объединенных в рамках одного подхода, и направлены на всестороннее воздействие на ключевые дефициты, наблюдаемые при РАС. В 2010 году в США было зафиксировано 30 комплексных моделей, обладающих определенными характеристиками: четкой теоретической основой, стандартизированными практическими процедурами, высокой интенсивностью (занятия занимают значительное количество часов в неделю), длительным сроком реализации (от одного года и более), а также широким спектром ожидаемых результатов, охватывающих развитие коммуникации, поведенческие аспекты и социальные навыки. Среди таких моделей можно выделить метод Ловааса, Раннюю Денверскую модель, программу «Больше чем слова» (More Than Words), Обучение опорным навыкам (PRT), систему TEACCH и другие [70].

2. Направленные вмешательства.

Данный тип вмешательств разрабатывается для развития отдельных умений или достижения конкретных целей. Их применение носит строго целенаправленный характер, они отличаются четкой структурой и меньшей продолжительностью по сравнению с комплексными моделями – обучение завершается, как только поставленные задачи достигаются. Часто направленные вмешательства используются в качестве отдельных модулей внутри комплексных программ и образовательных стратегий для людей с РАС. К примеру, методика обучения при поддержке сверстников является одной из форм направленного вмешательства.

Для того чтобы упорядочить сведения о существующих интервенциях и провести их объективную оценку, создаются аналитические обзоры, соответствующие стандартам научно обоснованных вмешательств. Один из первых широко цитируемых систематических обзоров, посвященных данной

тематике, заключил, что на тот момент не существовало ни одного метода, который можно было бы признать научно обоснованным. Спустя десять лет другой крупный обзор предварительно выделил несколько перспективных методик: одна из них была признана устоявшейся, ни одна не получила статуса «возможно эффективной», а три были отнесены к категории «вероятно эффективных». В одном из последних обзоров количество устоявшихся методов возросло до двух, в категорию «возможно эффективных» были включены три методики, а к «вероятно эффективным» – пять [73].

2.3 Индивидуальное вмешательство на принципах прикладного анализа поведения.

В 2008 году единственным вмешательством, получившим статус устоявшегося, было индивидуальное комплексное вмешательство, базирующееся на принципах прикладного анализа поведения (ПАП). К 2015 году список расширился, и наряду с этим вмешательством к устоявшимся методам добавилось направленное вмешательство, проводимое учителем, которое сочетает ПАП с социально-прагматическими моделями развития (СПСР). Эти два подхода имеют как схожие черты, так и значительные различия.

Методики, основанные на ПАП, направлены на формирование новых навыков посредством подкрепления желаемого поведения, поощрения переноса приобретенных умений в различные ситуации и снижения частоты нежелательных реакций. В свою очередь, СПСР ориентированы на вовлечение ребенка в совместную деятельность и рассматривают трудности включения в социальное взаимодействие как первопричину других коммуникативных и социальных проблем. Оба подхода адаптируются к уровню развития ребенка и нацелены на коррекцию недостатков в сфере общения и социализации. Однако методики ПАП охватывают более широкий спектр как ключевых, так и дополнительных особенностей развития, тогда как СПСР фокусируются преимущественно на недостатках в социальном взаимодействии.

Методы ПАП включают использование дискретных проб (ДТП) — четко структурированных обучающих сегментов с фиксированным началом и завершением. В отличие от них, СПСР основаны на непрерывном социальном взаимодействии, предполагающем постоянный обмен репликами и действиями. Отличия касаются и принципов подкрепления: в СПСР для этого используется подражание речи и поведения ребенка, а также моделирование возможных вариантов развития общения, тогда как ПАП применяет подкрепление на основе предпочтений ребенка (например, использование похвалы или любимых предметов).

Существуют также комбинированные модели, в которых сочетаются элементы ПАП и СПСР. Например, занятие может начинаться с четко структурированной поведенческой методики, а затем переходить в игровую

форму взаимодействия, соответствующую принципам СПСР, или же, наоборот, в ходе естественной игры могут использоваться элементы ПАП. Современные высококачественные рандомизированные контролируемые исследования подтверждают эффективность интегрированного подхода, объединяющего обе методики.

Прикладной анализ поведения стабильно занимает ведущие позиции во всех авторитетных обзорах научно обоснованных вмешательств и считается основным методом работы с людьми с РАС. Анализ многочисленных исследований, проводимых с 1980-х годов, неизменно демонстрирует, что методы, основанные на ПАП, способствуют коррекции проблемного поведения и развитию новых навыков у детей с РАС. В 2014 году Агентство по исследованиям и оценке качества медицинской помощи опубликовало систематический обзор РКИ и когортных исследований, который подтвердил, что раннее интенсивное поведенческое вмешательство (EIBI), основанное на ПАП, при его длительном применении приводит к значительным улучшениям когнитивных функций, языковых способностей и адаптивных навыков. Причем даже в тех случаях, когда сравнительные исследования различных методов были проведены неидеально, результаты показывали, что ПАП остается наиболее эффективной стратегией терапии РАС.

Комплексный анализ позволяет выявлять методы, не имеющие достаточного научного обоснования, и не рекомендовать их к применению. К числу таких методов относятся аудиторная интеграционная терапия, модель DIR/Floortime, методики социальной коммуникации (SCERTS), сенсорно-интегративная терапия, терапия прикосновениями, музыкальная терапия, а также биологические подходы, такие как гормональная (кортикотропин и секретин) и витаминная терапия, специализированные диеты и другие методы. Некоторые вмешательства, например, облегченная коммуникация, холдинг-терапия и психоанализ, признаны не только неэффективными, но и потенциально вредными, вследствие чего их использование настоятельно не рекомендуется [88].

2.4. Эффективность ПАП вмешательств.

Эффективность прикладного анализа поведения (ПАП) и его статус в качестве первоочередного метода вмешательства для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) подтверждены исследованиями, проведенными как в США, где метод зародился, так и в ряде других стран, включая Канаду, Великобританию, Нидерланды, Израиль, Швецию, Норвегию, Австралию, Японию и Китай.

Вмешательства, имеющие эмпирическую поддержку, обладают рядом общих характеристик, которые, по мнению многих специалистов, можно считать ключевыми элементами эффективных программ. Эти элементы должны включаться в комплекс услуг, предоставляемых детям с РАС. Для того чтобы

вмешательство было признано результативным, оно должно соответствовать следующим критериям [78]:

1. **Индивидуализация** – программа должна учитывать особенности ребенка, его интересы и стиль обучения. Включение любимых занятий и предпочтительных стимулов в систему подкреплений повышает вовлеченность и эффективность вмешательства.

2. **Системность и планирование** – цели и методики обучения должны подбираться с учетом индивидуальных особенностей ребенка, а сам процесс вмешательства требует постоянного мониторинга и возможной корректировки.

3. **Структурированность среды** – организация пространства и использование вспомогательных инструментов, таких как визуальные расписания, помогают детям с РАС ориентироваться в смене деятельности и выполнять задания в упорядоченной обстановке.

4. **Соответствие специфике РАС** – программа должна учитывать особенности социального взаимодействия и ограниченные, повторяющиеся модели поведения, характерные для детей с данным расстройством.

5. **Функциональный подход к коррекции поведения** – анализ функций поведения позволяет определить причины нежелательных реакций и выбрать соответствующие стратегии вмешательства.

6. **Включение семьи** – участие родителей и других членов семьи необходимо для создания единой среды как в домашних условиях, так и в местах проведения коррекционных занятий.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие направления охватывают современные исследования в области РАС?
2. Какие типы вмешательств применяются при РАС?
3. Чем отличается индивидуальное вмешательство на принципах прикладного анализа поведения (ПАП)?
4. Насколько эффективны ПАП-вмешательства при работе с детьми с РАС?
5. Изучите варианты программ коррекции нежелательных форм поведения у обучающихся с РАС и составьте свою программу по формированию определенного навыка (например, формированию зрительного контакта, обучению пониманию инструкции и т.д.)

Темы Рефератов.

1. АВС – парадигма взаимодействия с обучающимся с расстройствами аутистического спектра.
2. Модель дискретного обучения в прикладном поведенческом анализе (Р. Шрамм)
3. «Подсказок» в прикладном поведенческом анализе.

Тест для самопроверки

1. Какой фактор способствовал увеличению научных исследований в области коррекционных вмешательств при РАС?
 - a) Развитие интернет-технологий
 - b) Пропаганда здорового образа жизни
 - c) Активная правозащитная деятельность родителей и профессионалов
 - d) Снижение интереса общества к проблеме аутизма
 - e) Уменьшение финансирования научных исследований
2. Какой концепцией обусловлено лицензирование интервенций в странах с развитой системой регулирования?
 - a) Гуманистической психологией
 - b) Доказательной медициной
 - c) Теорией когнитивного развития
 - d) Психоаналитической концепцией
 - e) Социальным конструкционизмом
3. Какой организации принадлежит инициатива по систематизации научно обоснованных методов коррекции?
 - a) Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)
 - b) Американская медицинская ассоциация
 - c) Кокрановское сотрудничество
 - d) Европейская ассоциация поведенческой психологии
 - e) Международный комитет по этике исследований
4. На какие две основные категории классифицируются вмешательства при РАС?
 - a) Групповые и индивидуальные
 - b) Долговременные и краткосрочные
 - c) Комплексные модели и направленные вмешательства
 - d) Психологические и медицинские
 - e) Научные и эмпирические
5. Какая методика является основным методом коррекции РАС и подтверждена многочисленными исследованиями?
 - a) Метод сенсорной интеграции
 - b) Гипнотерапия
 - c) Прикладной анализ поведения (ПАП)
 - d) Ароматерапия
 - e) Холдинг-терапия
6. Какой метод обучения основан на четко структурированных пробах с фиксированным началом и завершением?
 - a) Сенсорно-интегративная терапия
 - b) Дискретные пробы (ДТТ)
 - c) Мотивационное интервьюирование

- d) Методы арт-терапии
 - e) Мультимодальный подход
7. Какой метод вмешательства сочетает принципы ПАП с социально-прагматическими моделями развития (СПСР)?
- a) Когнитивно-поведенческая терапия
 - b) Направленное вмешательство, проводимое учителем
 - c) Музыкальная терапия
 - d) Аудиторная интеграционная терапия
 - e) Программа Floortime
8. Какой критерий НЕ является ключевым элементом эффективных программ вмешательства при РАС?
- a) Индивидуализация
 - b) Включение семьи
 - c) Универсальность подхода
 - d) Структурированность среды
 - e) Функциональный анализ поведения
9. Какая система отчетности используется для оценки нерандомизированных исследований?
- a) GRADE
 - b) TREND
 - c) PRISMA
 - d) CONSORT
 - e) NIH Guidelines
10. Какие методы НЕ рекомендуются к применению из-за отсутствия научного обоснования?
- a) Ранняя Денверская модель
 - b) Холдинг-терапия и облегченная коммуникация
 - c) Программа TEACCH
 - d) Обучение опорным навыкам (PRT)
 - e) Направленное вмешательство при поддержке сверстников

3. ЛЕКЦИЯ. Срезовые ресурсы обучения и воспитания детей с расстройствами аутического спектра

3.1. Адаптивная образовательная среда.

Адаптивная образовательная среда представляет собой систему условий (архитектурная доступность, индивидуальный образовательный маршрут, сопровождение, технологии, методы и средства обучения) и отношений

(инклюзивная культура), обеспечивающую удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся.

Как социально-педагогическая система, адаптивная образовательная среда стремится соответствовать изменяющимся внешним условиям, адаптируясь к индивидуальным особенностям обучающихся и реагируя на изменения социокультурной среды.

Ключевые характеристики адаптивной образовательной среды [55]:

Безопасность – обеспечение комфортных и защищенных условий обучения.

Доступность – устранение барьеров, препятствующих обучению и передвижению.

Учет образовательных потребностей – создание условий для развития нарушенных анализаторных систем, использования потенциальных познавательных возможностей и полисенсорного восприятия.

Адаптивная школа, согласно концепции Е. Ямбурга, – это пространство, в котором каждый ребенок, независимо от индивидуальных особенностей, может достичь успеха. В современных образовательных подходах приоритетными становятся гуманизация обучения, сохранение и укрепление физического и психического здоровья детей, их всестороннее развитие.

Значение социальной интеграции

Социальная интеграция признана ключевым фактором успешного формирования жизненной компетенции детей с особенностями психофизического развития. Включение таких детей в активное взаимодействие со сверстниками позволяет им максимально приблизиться к реальной жизни и развить необходимые социальные навыки.

Образовательная среда как фактор развития

Образовательная среда представляет собой организованное пространство, способствующее культурному и социальному становлению личности. Она включает:

Социальные аспекты – систему взаимодействий между участниками образовательного процесса.

Предметную среду – совокупность материалов и инструментов, обеспечивающих развитие специфических видов детской деятельности.

В условиях инклюзивного образования особое внимание уделяется адаптации среды. Это включает:

Предметно-пространственную адаптацию – обеспечение безопасного и удобного передвижения.

Социальную адаптацию – формирование толерантного отношения к детям с особыми образовательными потребностями.

Анализ образовательной среды проводится с учетом ее функций:

Развивающая среда – способствует самоопределению и самореализации ребенка.

Адаптивная среда – учитывает возрастные особенности и индивидуальные потребности.

Безбарьерная среда – минимизирует последствия психофизических нарушений.

Задачи педагогов и специалистов

Специалисты, работающие в условиях инклюзивного образования, должны формировать образовательную среду, сочетающую безбарьерные, адаптивные, развивающие и личностно ориентированные элементы. Такая среда выполняет следующие функции:

- образовательную;
- развивающую;
- воспитательную;
- организационную;
- коммуникативную.

Главная цель адаптивной среды – поддержка самостоятельности ребенка, удовлетворение его физиологических, социальных и эмоциональных потребностей, развитие навыков общения и социализации [43].

Толерантная образовательная среда и саморазвитие ребенка

Школа является естественной средой жизни детей, поэтому важным направлением становится создание толерантного образовательного пространства, влияющего на их всестороннее развитие. Построение предметно-развивающей среды позволяет организовать самостоятельную деятельность ребенка и направить ее на саморазвитие под наблюдением педагога.

Основная цель адаптивной образовательной среды – помочь каждому ребенку стать [66]:

- субъектом собственной жизнедеятельности;
- субъектом практической деятельности;
- субъектом общения;
- субъектом самосознания.

3.2. Принципы построения адаптивной образовательной среды

При создании и организации адаптивной образовательной среды в специализированных группах педагогам и специалистам необходимо учитывать ряд ключевых принципов [14]:

1. **Обеспечение безопасности.** Важным аспектом является специальная организация предметного и пространственного окружения, которая помогает минимизировать у детей с психофизическими особенностями чувство тревоги и неуверенности. Создание комфортной среды способствует их свободной ориентации, передвижению и выполнению необходимых действий, используя доступные защитные механизмы и четко установленные правила.

2. **Культурное насыщение.** Образовательное пространство должно постоянно включать элементы, способствующие познавательному развитию ребенка, обеспечивая его контакт с различными носителями информации. Это способствует расширению знаний об окружающем мире, активизации познавательной деятельности, а также развитию внимания и способности к осмысленной деятельности.

3. **Доступность для полисенсорного восприятия.** Пространство обучения должно быть организовано таким образом, чтобы ребенок мог получать информацию через различные сенсорные каналы. Это касается как восприятия отдельных объектов, так и осознания взаимосвязей между ними, что способствует более глубокому усвоению знаний.

4. **Логическая структурированность.** Взаимоотношения в образовательной среде должны быть организованы в соответствии с определенной системой правил. Осознание и соблюдение этих правил существенно повышает результативность жизнедеятельности детей с особенностями психофизического развития, создавая для них предсказуемые и комфортные условия.

5. **Включение в систему социальных взаимодействий.** Образовательная среда должна способствовать формированию у ребенка навыков сотрудничества и взаимодействия с окружающими. Создание условий для включения в социальные процессы способствует развитию коммуникативных способностей и адаптации в обществе.

6. **Развитие через преодоление препятствий.** Пространство обучения должно включать в себя систему специально организованных трудностей, которые ребенок способен преодолеть самостоятельно или с поддержкой. Такой подход стимулирует личностный рост, развивает уверенность в своих силах и умение справляться с возникающими сложностями.

7. **Фокус на развитие и поддержку сенсорных систем, а также использование познавательного потенциала.** Образовательное пространство должно мотивировать ребенка к регулярному использованию остаточного зрения, слуха и двигательных возможностей в соответствии с индивидуальными потребностями. Важно учитывать рекомендации специалистов, а также организовывать деятельность, способствующую продвижению в зоне актуального и ближайшего развития.

3.3. Организация образовательной среды для детей с аутистическими нарушениями.

Обучение детей с аутистическими расстройствами требует формирования специальной адаптивной образовательной среды, где пространство организовано особым образом, а временные рамки визуализированы. Такая среда учитывает

сенсорные особенности ребенка с аутизмом, создавая для него комфортные и поддерживающие условия.

Для создания эффективной адаптивной образовательной среды педагогам необходимо [54]:

Четко разграничивать зоны в пространстве. Для этого применяются специализированные перегородки, мебель, напольные покрытия или специальные маркировки. Физическое разграничение помогает ребенку осознавать границы пространства. Например, рабочее место можно разделить при помощи перегородки, ленты или четкой линии, что позволяет каждому ученику четко понимать, где находится его личная зона. Кроме того, для обозначения места ребенка можно использовать табличку с его именем.

Снижать уровень раздражающих факторов. В учебной среде следует минимизировать количество отвлекающих стимулов, используя индивидуальные рабочие столы. Дополнительную защиту от визуальных раздражителей обеспечивают небольшие ширмы, установленные на столе, что также способствует снижению тревожности у детей с аутизмом.

Рационально организовывать рабочее пространство. Важно приучать ребенка к порядку, используя наглядные элементы, такие как цветовые обозначения, схемы, цифры и символы. Рабочая поверхность маркируется таким образом, чтобы было четко обозначено место для каждой принадлежности: учебника, тетради, ручки, линейки. В некоторых случаях применяются контурные обводки предметов или их размещение в отдельных контейнерах для удобства.

Маркировать учебные материалы. Учебные принадлежности необходимо обозначать сигнальными опорными маркерами. Например, оранжевым цветом отмечаются тетради и учебники по математике, зеленым — по русскому языку. Такой метод помогает ребенку быстрее ориентироваться в материале и организовывать учебную деятельность без посторонней помощи.

Создавать зоны для различных видов активности. Помещения образовательного учреждения должны быть разделены на зоны в зависимости от вида деятельности: учебную, игровую, столовую, санитарно-гигиеническую и другие. Внутри класса также выделяются зоны, такие как место для самостоятельной работы, индивидуальные занятия с педагогом, групповая игровая зона. Важным элементом является зона отдыха — «уголок уединения», где ребенок может находиться в одиночестве, снизить стресс и восстановиться после сенсорной перегрузки. В этой зоне могут храниться личные вещи ученика, а также небольшие тактильные предметы (например, мячики, прищепки, веревочки), которые помогают ему расслабиться. Ребенку необходимо объяснить, что он может с разрешения учителя переместиться в эту зону или взять успокаивающий предмет, если почувствует эмоциональное напряжение.

Визуализировать последовательность событий. Дети с аутизмом нуждаются в наглядном представлении временных процессов. Для того чтобы

помочь им осознавать причинно-следственные связи между разными событиями, в учебном пространстве должны использоваться зрительные опорные сигналы. Важным инструментом является визуализированное расписание, которое помогает ребенку понимать последовательность действий, переходить от одного занятия к другому и ориентироваться в своем учебном дне.

Таким образом, создание адаптивной образовательной среды способствует снижению трудностей в поведении ребенка с аутизмом, помогает ему лучше адаптироваться к социальным нормам, соблюдать распорядок дня и справляться с внешними раздражителями, с которыми он сталкивается в повседневной жизни.

3.4. Классификация средовых ресурсов.

С. Е. Гайдукевич классифицирует средовые ресурсы на несколько групп [36]:

1. Социально-психологические ресурсы.

Эта категория охватывает систему взаимодействий участников образовательного процесса, включая их установки, мотивы, стиль и характер общения. Успешное обучение ребенка с РАС в образовательном учреждении во многом зависит от поддержки идеи инклюзии со стороны педагогического коллектива. Важным фактором также является специальная подготовка преподавателей для работы с детьми, имеющими особенности развития.

2. Организационно-смысловые ресурсы.

К этой группе относятся:

- нормативно-правовые документы, регулирующие инклюзивное образование;
- эффективные методы и приемы педагогической деятельности.

В последние годы в Республике Беларусь начали появляться ресурсные классы — специально оборудованные пространства в школах, предназначенные для оказания индивидуальной помощи детям с трудностями в обучении. Ресурсный класс выполняет несколько важных функций:

1. помогает ребенку с РАС адаптироваться к обучению в коллективе сверстников;
2. обеспечивает поэтапное расширение образовательного пространства с учетом индивидуальных особенностей ученика;
3. позволяет отрабатывать отдельные темы и навыки в комфортной среде;
4. предоставляет коррекционно-развивающую поддержку.

Таким образом, модель ресурсного класса совмещает элементы инклюзивного и индивидуального подхода к обучению. В рамках его функционирования предусмотрены:

- адаптация образовательных программ под потребности ребенка с РАС;
- регулирование учебной нагрузки;

- индивидуальное сопровождение (тьюторство).

3. Пространственные

ресурсы.

Организация пространства направлена на структурирование образовательной среды путем выделения функциональных зон. К основным зонам образовательного учреждения относятся:

- учебные классы;
- спальни;
- санитарно-гигиенические помещения;
- раздевалки;
- столовая;
- медицинский пункт;
- спортивный и музыкальный залы.

Дополнительно могут быть организованы специализированные помещения:
сенсорные комнаты;

зоны релаксации, оснащенные мягкими покрытиями, матами, сухим бассейном;

активационные зоны, включающие оборудование с оптическими эффектами, сенсорные панели;

зоны общеоздоровительных занятий с гимнастическими мячами и массажными элементами;

места для уединения, предназначенные для снятия эмоционального напряжения.

Для повышения удобства навигации применяются визуальные ориентиры, а специальные сигнальные метки красного цвета помогают предупреждать о потенциальных рисках.

4. Предметные ресурсы.

Организация образовательного пространства включает следующие аспекты:

- обеспечение естественного освещения;
- использование жалюзи и штор для регулирования светового потока;
- размещение рабочих мест подальше от окон, чтобы минимизировать отвлекающие факторы;
- оформление стен в нейтральных тонах (бежевом, кремовом);
- использование специализированной мебели (стулья с сенсорными подушками, фитболы).

Для детей с ограниченными возможностями коммуникации применяются альтернативные средства общения, такие как карточки PECS, визуальные подсказки и опоры. Важное значение имеет структурирование времени — оно может обеспечиваться с помощью песочных часов, таблиц «Сначала — потом», системы жетонов, расписаний и алгоритмов деятельности.

5. Учебное оборудование.

Для повышения комфорта и эффективности обучения применяются:

- подставки для книг и тетрадей;
- наклонные доски для письма;
- фиксаторы для пальцев рук, облегчающие удержание письменных принадлежностей.

6. Техническое оснащение.

Использование современных технологий способствует повышению доступности образовательной среды и созданию условий для более продуктивного обучения детей с РАС.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие новые результаты демонстрируют исследования в области РАС?
2. Какие виды вмешательств считаются актуальными при РАС?
3. На чем основано индивидуальное вмешательство с применением ПАП?
4. Какие данные подтверждают эффективность вмешательств на основе ПАП?
5. Какие компоненты должна содержать программа по коррекции поведения (например, развитие зрительного контакта или понимание инструкции)?
6. Что представляет собой адаптивная образовательная среда?
7. Какие принципы лежат в основе построения адаптивной образовательной среды?
8. Как организуется образовательная среда для детей с аутистическими нарушениями?
9. Какие виды средовых ресурсов можно выделить и какова их классификация?
10. Разработайте пакет специальных образовательных условий для обучающегося с РАС с учетом его особых образовательных потребностей в русле прикладного поведенческого анализа.

Темы Рефератов.

1. АВС – парадигма взаимодействия с обучающимся с расстройствами аутистического спектра.
2. Модель дискретного обучения в прикладном поведенческом анализе (Р. Шрамм)
3. «Подсказок» в прикладном поведенческом анализе.
4. Оперантный подход, программа ТЕАССН.
5. Холдинг- терапия в работе с детьми с РАС.
6. Вербально-поведенческий подход в работе с ребенком с РАС.

Тест для самопроверки

1. Что представляет собой адаптивная образовательная среда?
 - а) Совокупность учебных материалов
 - б) Программа для дистанционного обучения
 - в) Система условий и отношений, обеспечивающая удовлетворение особых

образовательных потребностей

- d) Методика индивидуального преподавания
- e) Учебное заведение для детей с особыми потребностями

2. Какой ключевой характеристикой адаптивной образовательной среды является обеспечение комфортных условий обучения?

- a) Доступность
- b) Безопасность
- c) Инклюзивность
- d) Полисенсорное восприятие
- e) Гуманизация

3. Что является приоритетом современных образовательных подходов в адаптивной школе?

- a) Строгая дисциплина
- b) Гуманизация обучения и всестороннее развитие ребенка
- c) Максимальная академическая успеваемость
- d) Применение только традиционных методов обучения
- e) Использование цифровых технологий

4. Какое понятие признано ключевым фактором успешного формирования жизненной компетенции детей с особенностями развития?

- a) Саморазвитие
- b) Социальная интеграция
- c) Дистанционное обучение
- d) Индивидуальное сопровождение
- e) Сенсорная адаптация

5. Какой аспект образовательной среды способствует формированию толерантного отношения к детям с особыми образовательными потребностями?

- a) Предметно-пространственная адаптация
- b) Социальная адаптация
- c) Развивающая среда
- d) Логическая структурированность
- e) Организационные технологии

6. Какую основную цель преследует адаптивная образовательная среда?

- a) Создание равных условий для всех учеников
- b) Поддержка самостоятельности ребенка и развитие навыков общения
- c) Гарантия высокого уровня образования
- d) Усиление контроля за учебной дисциплиной
- e) Максимальное снижение физической активности

7. Какой принцип построения адаптивной образовательной среды включает систему специально организованных трудностей?

- a) Логическая структурированность
- b) Культурное насыщение

- c) Развитие через преодоление препятствий
 - d) Включение в систему социальных взаимодействий
 - e) Безбарьерность
8. Какой метод помогает детям с аутизмом лучше ориентироваться в своем учебном дне?
- a) Цветовое кодирование учебных материалов
 - b) Визуализированное расписание
 - c) Использование сенсорных зон
 - d) Регулярные перерывы
 - e) Индивидуальные занятия с педагогом
9. Что относится к организационно-смысловым ресурсам адаптивной образовательной среды?
- a) Социальные навыки
 - b) Пространственная адаптация
 - c) Нормативно-правовые документы и методы педагогической деятельности
 - d) Использование сенсорных стимулов
 - e) Оформление классов в ярких цветах
10. Какой элемент способствует снижению тревожности у детей с аутизмом в учебной среде?
- a) Зона отдыха («уголок уединения»)
 - b) Групповые занятия
 - c) Использование громкой музыки
 - d) Открытое пространство без деления зон
 - e) Максимальное исключение тактильных предметов

4.ЛЕКЦИЯ. Включение ученика с РАС в образовательный процесс.

4.1 Адаптация к школе.

Главная задача учителя в процессе адаптации детей с РАС к школьной среде — соблюдать постепенность и проявлять терпение. Оптимальной стратегией является поэтапное включение ребенка в образовательный процесс, начиная с одного-двух уроков в день и постепенно увеличивая нагрузку. Этот процесс требует индивидуального подхода, так как каждый ребенок адаптируется в своем темпе.

На первых этапах обучения в средней школе важно создать для ребенка комфортную и безопасную среду, которая не вызывает тревоги и способствует успешному включению в учебную деятельность. Это особенно актуально для детей, обучающихся в классах для учащихся со сложной структурой дефекта. В таких случаях рекомендуется закрепить за ними отдельный кабинет, который

станет для ребенка зоной безопасности. Здесь он сможет чувствовать себя уверенно и предсказуемо, что особенно важно при работе с детьми, испытывающими трудности в восприятии новых пространств.

В подобных ситуациях на начальном этапе обучения не следует использовать кабинетную систему, характерную для средней школы, когда каждый предмет изучается в отдельном кабинете (русского языка, математики, биологии и т. д.). Оптимальным вариантом будет, если учителя-предметники сами будут приходить в этот класс для проведения занятий. Это позволит минимизировать стресс, связанный с частой сменой обстановки и передвижением по школе.

Перед началом занятий необходимо провести экскурсию для детей с РАС, чтобы познакомить их с ключевыми помещениями школы: классом, туалетом, столовой (если они готовы посещать её с самого начала). Постепенно зона их пребывания может быть расширена: к ней добавятся спортивный зал, раздевалка, библиотека, актовый зал. Следующим этапом может стать посещение специализированных кабинетов (биологии, географии и других). Такой поэтапный процесс освоения школьного пространства способствует адаптации детей с РАС, развитию самостоятельности и социализации.

Решение о расширении зоны пребывания учащегося принимается педагогическим консилиумом на основе наблюдений классного руководителя, тьютора и других специалистов. Жестких сроков адаптации не существует, так как каждый ребенок осваивается в своем темпе.

Если ребенок с РАС обучается в инклюзивном классе, ему необходимо сопровождение взрослого до полного освоения в школьной среде. При этом следует учитывать индивидуальные особенности ребенка: в некоторых случаях сопровождение требуется только в первые недели, а в других — на протяжении длительного периода. Вопрос о частичном посещении ребенком групповых занятий должен рассматриваться на консилиуме с учетом его индивидуальной образовательной программы.

Количество групповых занятий может изменяться в зависимости от состояния ребенка. При ухудшении самочувствия или повышенной тревожности временное сокращение нагрузки может способствовать сохранению стабильного эмоционального фона. Важно учитывать, что состояние детей с РАС может зависеть от сезонных факторов: осенью и весной, во время изменений солнечной активности и магнитных бурь, состояние некоторых учащихся может становиться менее стабильным. Педагоги и специалисты должны внимательно отслеживать динамику состояния ребенка и чутко реагировать на его изменения [29].

Организация пространства класса для ребенка с РАС

Пространство учебного класса для детей с РАС рекомендуется разделить на две основные зоны:

1. Учебная зона — предназначена для проведения занятий.

2. Свободная зона — предназначена для отдыха, смены деятельности и снижения стресса.

Свободная зона

Свободная зона должна быть оборудована следующим образом:

- общий стол для совместной работы и взаимодействия;
- шкаф с развивающими играми, пазлами и настольными играми;
- минибиблиотека с адаптированной и художественной литературой;
- ковер или мягкие маты для сидения и отдыха.

Эта зона позволяет детям участвовать в обучении в менее формальной обстановке, что особенно важно для учащихся, испытывающих сложности с удержанием позы за партой в течение всего урока. Дети могут менять положение тела, что снижает утомляемость, повышает концентрацию и создает комфортные условия для усвоения знаний.

В свободной зоне можно заниматься:

- чтением литературы;
- познавательными играми;
- творческой деятельностью;
- релаксацией после выполнения учебных заданий.

Важно предусмотреть правила использования свободной зоны. Например, отдых возможен только после выполнения заранее согласованного с учителем задания. Это формирует у учащихся понимание последовательности действий и мотивирует их к выполнению учебных задач [33].

Учебная зона

Мебель в учебной зоне должна соответствовать индивидуальным потребностям детей:

- парты и стулья должны быть подобраны по росту учащихся;
- желательно использовать парты с регулируемым углом наклона для снижения нагрузки на спину и зрение;
- специальные стулья с сенсорными подушками или фитболы могут помочь некоторым детям лучше концентрироваться на уроках.

Организация учебного процесса

Для успешного обучения детей с РАС необходимы наглядные материалы, адаптированные к их особенностям. В классе желательно использовать:

- компьютер, мультимедийный проектор, экран, магнитофон;
- схемы, алгоритмы, таблицы, которые помогают детям усваивать информацию в удобной для них форме.

Пространство вокруг доски должно быть оформлено таким образом, чтобы на каждом уроке можно было демонстрировать визуальные опоры, облегчающие понимание материала.

Расписание и правила поведения

Обязательным элементом образовательного процесса является четкое расписание занятий, которое должно быть расположено на видном месте. Детей необходимо обучать ориентироваться на расписание, так как это снижает тревожность и способствует формированию самостоятельности.

Важно разработать и внедрить четкие правила поведения в классе, которые должны соблюдать все участники образовательного процесса. Например, если в правилах указано, что в классе нельзя кричать, это касается и учеников, и учителей.

Использование пиктограмм

Эффективным инструментом организации образовательного процесса являются **пиктограммы** — небольшие карточки со схематическими изображениями различных видов деятельности. Они помогают детям с РАС лучше ориентироваться в последовательности действий и облегчают коммуникацию [76].

Оценивание успехов учащихся

Учитывая индивидуальные особенности учащихся с РАС, система оценивания должна быть адаптированной и направленной на подчеркивание любых, даже самых незначительных успехов. Важно разделять понятия «отметка» и «оценивание» и объяснять эту разницу родителям.

Часто проблемы низких отметок связаны не с переживаниями самого ребенка, а с завышенными ожиданиями родителей. Поэтому педагогам важно вести разъяснительную работу, помогая семьям выстраивать реалистичные ожидания в отношении образовательных успехов их ребенка.

Создание благоприятных условий для обучения детей с РАС требует комплексного подхода: адаптации учебного процесса, организации комфортного пространства, внедрения четких правил и графика, использования визуальных подсказок и специальных образовательных инструментов. Индивидуальный подход, терпение и внимательное отношение педагогов помогут таким детям успешнее адаптироваться к школе и достичь положительных результатов в обучении и социализации.

4.2. Правильное подкрепление деятельности ребенка РАС в образовательном процессе.

Ребенок с расстройством аутистического спектра нуждается в мощном и постоянном подкреплении своей деятельности. Подкрепление помогает закреплять желаемое поведение, снижать уровень тревожности, формировать положительное отношение к учебному процессу и социальной среде. Эффективность подкрепления зависит от индивидуальных особенностей ребенка, его предпочтений и потребностей.

Чтобы определить, какие формы подкрепления лучше всего подходят для конкретного ребенка, учителю следует предложить ученику выбрать из списка

наиболее предпочтительные варианты или обсудить этот вопрос с родителями. Для разных детей могут быть эффективны различные виды подкреплений. Одни дети предпочитают пищевые поощрения, такие как крекер, кусочек яблока или конфета, в то время как другие к ним совершенно равнодушны и нуждаются в иных формах поощрения.

Один из эффективных способов поощрения включает использование системы жетонов или очков. Дети могут получать их за хорошее поведение, успешное выполнение задания или другие положительные действия. В дальнейшем накопленные жетоны можно обменивать на определенные поощрения, такие как дополнительное свободное время, небольшие подарки или совместное мероприятие, например, заказ пиццы на весь класс в конце учебной недели.

Важно учитывать, что частота поощрений играет ключевую роль в эффективности данной системы. На первых этапах закрепления желаемого поведения поощрения должны предоставляться через короткие промежутки времени. После того как система будет освоена, интервалы между поощрениями можно постепенно увеличивать. Однако при этом необходимо соблюдать баланс между наказаниями и поощрениями. Оптимальное соотношение заключается в том, чтобы на один штраф приходилось три-пять поощрений.

При организации учебного процесса важно правильно выражать недовольство действиями ребенка. Недопустимо оценивать личность ребенка, высказывая недовольство им самим, так как это может привести к снижению самооценки и развитию тревожности. Оценивать следует только результаты деятельности, помогая ребенку понять, какие ошибки он допустил и как их можно исправить. Осуждение должно касаться только действий, но не чувств ребенка. Если педагог выражает недовольство слишком часто, это может привести к ощущению неприязни и нежеланию ребенка участвовать в учебном процессе. Поэтому важно создавать вокруг него доброжелательную атмосферу, демонстрировать искреннюю заинтересованность в его успехах и поддерживать мотивацию к обучению.

На начальном этапе обучения ребенку с РАС необходимо предоставить возможность работать в своем темпе. Объем работы должен увеличиваться постепенно и соответствовать индивидуальным возможностям ученика. Выполнение меньшего количества заданий позволит ребенку успешно справляться с ними, что повысит его уверенность в собственных силах и поможет ему почувствовать себя полноценным участником учебного процесса. Индивидуализация темпа обучения является важным условием психологического комфорта ребенка в школе.

Важно, чтобы дети выполняли задание в своем темпе, но процесс обучения завершался одновременно для всех. Это помогает формировать навык начинать и

заканчивать работу в установленное время, что способствует социальной адаптации и дисциплине [50].

Постепенно можно вводить элементы групповой работы. На первых этапах она не должна быть основной формой взаимодействия, но со временем коллективное выполнение заданий может стать эффективным инструментом социализации. При этом важно избегать соревновательного формата работы, так как он может привести к взаимным упрекам и нарушению атмосферы сотрудничества. Групповая работа должна основываться на принципах поддержки и совместного достижения цели.

Регулярная смена видов деятельности помогает детям с РАС снизить уровень напряжения и повысить концентрацию внимания. Для этого можно использовать различные педагогические приемы. Например, детям разрешается менять положение во время урока, работать стоя или сидеть на полу, выполнять физические упражнения, такие как стойка на одной ноге или напряжение отдельных групп мышц. Учитель может применять тактильный контакт, например, положить руку ребенку на плечо, а также разрешать ему использовать комфортные для него способы сосредоточения, такие как перекачивание небольшого предмета в руках или сосание леденца.

Многим детям с РАС необходимо проговаривать последовательность своих действий вслух. Важно обучать их делать это тихо, чтобы не мешать окружающим, но при этом не запрещать подобные действия, так как внешний проговор способствует лучшему усвоению нового и сложного материала.

Педагогу следует учитывать естественную потребность ребенка в познавательной деятельности. Важно не навязывать интерес к учебе, а поддерживать его, предлагая задания, которые будут увлекательными и доступными. Если ребенок сталкивается с трудностями при выполнении сложных или неинтересных заданий, их следует предлагать в умеренном количестве, так как постоянное напряжение может привести к повышению тревожности, ухудшению самочувствия и снижению мотивации [60].

Основная задача учителя заключается не только в том, чтобы ребенок с РАС успешно справлялся с образовательной программой, но и в том, чтобы он чувствовал себя комфортно в школьной среде. Важно создать условия, при которых ученик сможет адаптироваться к взаимодействию с окружающими и развивать навыки общения. Доброжелательная атмосфера, чуткое отношение со стороны педагогов и правильная организация учебного процесса помогут ребенку преодолеть трудности адаптации и достичь успехов в учебе и социальной сфере.

4.3. Работа тьютора.

Для успешного перехода аутичного ребенка от одного уровня функционирования в инклюзивной среде к другому требуется слаженная работа педагогического коллектива. Особенно важную роль в этом процессе играет

тьютор, который сопровождает ребенка и выступает в качестве ключевой фигуры в его адаптации и развитии.

Обучение детей с расстройствами аутистического спектра в среде нормативно развивающихся сверстников представляет собой сложный процесс, поскольку такие дети могут испытывать трудности в развитии речи, проявлять низкую социальную мотивацию, а также обладать гипер- или гипочувствительностью к различным сенсорным раздражителям. Без помощи взрослого установление контакта со сверстниками для них затруднительно, а иногда и невозможно. В связи с этим тьюторское сопровождение становится не только важным, но и необходимым элементом успешной инклюзии.

Функции тьютора не ограничиваются лишь сопровождением ребенка в учебном процессе. Он играет роль связующего звена между всеми участниками образовательного взаимодействия: ребенком, его родителями, учителем и сверстниками. Основная задача тьютора заключается в том, чтобы создать условия для успешного развития ребенка в инклюзивной среде, при этом не изменяя кардинально ее структуры и не превращая ее в коррекционную. С одной стороны, он помогает ребенку адаптироваться к социальным нормам, школьному распорядку и сенсорным раздражителям, характерным для образовательной среды, а с другой – обучает взрослых и детей взаимодействовать с аутичным ребенком, воспринимать его как равного участника учебного процесса.

В международной практике не существует строгих требований к квалификации тьюторов. В некоторых странах на эту роль могут претендовать специалисты с минимальным образованием в сфере педагогики или психологии, а иногда и вовсе без специальной подготовки. Однако процесс подготовки тьюторов включает ряд обязательных этапов: изучение методических материалов, получение вербальных инструкций, индивидуальное сопровождение, участие в тренингах и ролевых играх, а также регулярную обратную связь от наставников.

Главной целью подготовки является обучение тьютора подбору и применению стратегий инклюзии, соответствующих индивидуальным особенностям ребенка. Например, если ребенок лучше воспринимает информацию визуально, необходимо использовать вспомогательные наглядные материалы. В случае низкой мотивации к обучению эффективным инструментом станет система внешнего поощрения. Если же ребенок не проявляет инициативу в социальном взаимодействии, тьютор организует среду так, чтобы стимулировать и закреплять эту инициативу [73].

Помимо работы непосредственно с ребенком, тьютор должен активно вовлекать его сверстников в процесс взаимодействия. Инклюзия посредством сверстников является важным этапом социализации аутичного ребенка. Для успешного выполнения этой задачи тьютор должен не только владеть методами поведенческой коррекции, но и обладать личностными качествами, такими как

эмпатия, терпение и харизма, которые помогут ему выстраивать доверительные отношения с детьми.

Один из эффективных методов включения сверстников в процесс обучения заключается в том, что тьютор учит детей взаимодействовать друг с другом, постепенно снижая свое вмешательство. Например, если в классе дается задание переписать предложение с доски, тьютор может сначала сам дать инструкцию ребенку с РАС, а затем научить его сверстника делать это. В результате вместо взрослого помощь предложит одноклассник, сказав: «Андрей, давай перепишем предложение с доски. Смотри, как я делаю». Однако для достижения такого уровня взаимодействия тьютору необходимо поэтапно обучать сверстника тому, как обращаться к аутичному ребенку, направлять его внимание и добиваться ответной реакции.

На начальном этапе подобное взаимодействие лучше организовывать в парах. Тьютор может давать обоим детям одно задание, учить их обращаться друг к другу и поочередно выполнять инструкции. При этом важно использовать систему поощрений как для ребенка с РАС, так и для его сверстника. В качестве подкреплений можно применять похвалу, наклейки, жетоны или другие стимулирующие элементы. Постепенно тьютор должен снижать количество подсказок и отходить на задний план, позволяя детям взаимодействовать самостоятельно [72].

Таким образом, роль тьютора в процессе инклюзии выходит далеко за рамки простого сопровождения. Это специалист, который координирует взаимодействие всех участников образовательного процесса, помогает ребенку адаптироваться, а окружающим – понять и принять его особенности. Грамотно организованная работа тьютора способствует не только академическому развитию ребенка с РАС, но и его успешной социализации, что является одной из главных целей инклюзивного образования.

4.4. Методы, приемы и стратегия обучения социальным навыкам.

При обучении детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) социальным навыкам используются различные методы и приемы. Среди них можно выделить игровые методы (имитационные, хороводные, подвижные, ролевые, настольные и другие), моделирование (наблюдение и имитация коммуникативного поведения взрослого), видеомоделирование (обучение с использованием видеозаписей), социальные истории (описание ситуаций и ожидаемых в них событий), а также жетонную систему подкрепления (оценка действий ребенка для их стимулирования).

Формирование социальных навыков происходит в процессе различных видов деятельности: предметной, игровой, конструктивной, изобразительной и учебной. В работе применяются малая групповая, подгрупповая и групповая формы. Особое внимание уделяется переносу навыков из структурированных

занятий в повседневную школьную жизнь. Обучение может проводиться как в группах детей с аналогичными нарушениями, так и в группах со сверстниками без особенностей развития.

Стратегии обучения

Выбор стратегии обучения зависит от формата работы. Если занятия проводятся в группе детей со схожими нарушениями, используется стратегия целенаправленной отработки конкретных социальных навыков. Процесс обучения включает структурированные игры и упражнения, организованные взрослым. Со временем роль взрослого уменьшается, а детям предоставляется больше возможностей для самостоятельного взаимодействия.

При обучении детей с РАС в группах типично развивающихся сверстников применяется стратегия фрагментарного включения в коллективную деятельность на доступном уровне. Этот процесс начинается с понимания ребенком структуры ситуации, затем происходит привыкание, развитие интереса к сверстникам и, наконец, самостоятельные попытки взаимодействия. Важно, чтобы взаимодействие на начальном этапе было структурированным, а затем постепенно становилось более свободным.

Когда ребенок с РАС поступает в школу, он сталкивается с новыми людьми – как детьми, так и взрослыми. Важно, чтобы в классе уже были знакомые ему сверстники. Если таких нет, задача специалистов (тьютора, психолога, учителя) – способствовать его включению в классный коллектив. В отличие от детей без особенностей, которые знакомятся и общаются самостоятельно, инициаторами взаимодействия с ребенком с РАС чаще всего выступают взрослые. Иногда всему классу требуется объяснить особенности ребенка, рассказать, что ему может быть сложно и как ему можно помочь [37].

Атмосфера в классе во многом зависит от учителя. Если педагог демонстрирует уважительное отношение к ребенку с особенностями, включает его в уроки и совместные занятия, то в коллективе формируются доброжелательные и поддерживающие отношения. Это является ключевым фактором успешной адаптации ребенка с РАС в классе и его принятия сверстниками.

Формирование коммуникативных и социальных навыков

Специалисты, работающие с детьми с РАС, должны учитывать необходимость постоянного развития их навыков коммуникации и социализации. Это направление должно быть включено во все аспекты учебной и внеучебной деятельности. Например, перемены могут использоваться не только для отдыха, но и для отработки взаимодействия между детьми.

Организация парной работы, работы в малых группах, ролевых игр, дежурств по классу и школе может значительно способствовать развитию навыков общения. Учитель должен целенаправленно помогать ребенку включаться в эти процессы, например:

- «Тебе нужен карандаш? Подойди к Васе и попроси у него запасной. Ты помнишь, как это сделать, или тебе нужна помощь?»
- «Наташа забыла, где находится библиотека. Кто может ей помочь? Расскажи, как вы туда пойдете, и проводи ее».
- «Мы идем в буфет, попробуйте самостоятельно купить то, что хотите. Что нужно сказать кассиру?»

Отработав один навык в одной ситуации, важно пробовать перенести его в другие условия. Например, если ребенок научился покупать булочку в школьном буфете, стоит предложить родителям потренироваться с ним в магазине. Если он освоил использование школьного туалета, полезно закрепить этот навык во время экскурсии или похода в театр.

Таким образом, обучение социальным навыкам детей с РАС должно носить комплексный характер, включать различные методы и приемы, учитывать необходимость постепенного включения ребенка в коллектив, а также обеспечивать перенос полученных умений в реальную жизнь.

4.5. Социальное взаимодействие со сверстниками

Одной из ключевых целей инклюзивного образования является развитие навыков социализации и социального взаимодействия у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Взаимоотношения между аутичными детьми и их сверстниками можно рассматривать как спектр: от негативного отношения, включая издевательства и агрессию, до дружеского принятия и близких связей.

Этот спектр характерен не только для детей с РАС, но и для всех учащихся. Основной задачей инклюзии в этой сфере является обучение ребенка с аутизмом необходимым социальным навыкам, которые помогут ему выстраивать положительные отношения, даже если они ограничатся взаимодействием с одним или несколькими сверстниками, а не всей группой. При наличии выраженных дефицитов социализации ребенок с РАС вряд ли сможет занять центральную или лидерскую позицию в классе, однако он может научиться конструктивному взаимодействию с окружающими.



Рисунок 3. Спектр взаимоотношений

Инклюзивная среда является оптимальной, а зачастую единственной возможной средой для формирования таких навыков.

Основные социальные навыки, развиваемые в инклюзии

1. **Навыки «социального выживания»** В случае конфликтов, обид или издевательств со стороны сверстников ребенок с РАС должен уметь понимать и решать социальные проблемы. Однако дети с аутизмом часто сталкиваются с трудностями в распознавании социальных ситуаций и выборе адекватных стратегий реагирования. В этом случае эффективными методами обучения могут стать социальные истории, прайминг, моделирование желаемого поведения и предоставление обратной связи. Эти подходы помогают ребенку правильно оценивать ситуацию и защищать свое достоинство.

2. Навыки включения в коллектив и привлечения внимания сверстников

Формирование этих навыков способствует преодолению социальной изоляции и неприятия со стороны окружающих. Для этого важно развивать сильные стороны ребенка с РАС и находить точки соприкосновения с интересами сверстников. Подходы, основанные на натуральном обучении, обучении ключевым социальным навыкам и подкреплении инициативы, могут способствовать развитию успешного взаимодействия. Также полезны стратегии самоуправления и самоконтроля.

3. **Навыки взаимодействия и сотрудничества со сверстниками** Чтобы ребенок с аутизмом мог успешно взаимодействовать со сверстниками, важно обучить его следованию инструкциям, обращению за помощью, ответам на вопросы, участию в совместной деятельности. В этом процессе взрослым необходимо постепенно снижать уровень контроля, передавая часть

ответственности сверстникам. Эффективными стратегиями являются отсроченные поощрения, поэтапное снижение подсказок и включение ребенка в коллектив через посредничество сверстников.

4. Развитие дружеских отношений и получение эмоциональной поддержки

Если у ребенка с РАС складываются дружеские отношения, они могут стать значимым фактором его социальной адаптации. Дополнительной поддержкой могут служить различные виды терапии, выходящие за рамки традиционной инклюзии. Например, метод развития взаимоотношений помогает формировать навыки дружбы и эмоциональной поддержки. Также могут использоваться поведенческие методики и специальные упражнения, направленные на развитие социальной осведомленности, понимания точки зрения другого человека и других важных аспектов межличностного взаимодействия [44].

Таким образом, инклюзивная среда создает условия для постепенного развития у ребенка с РАС навыков социализации, позволяя ему успешно адаптироваться и взаимодействовать с окружающими.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие особенности связаны с адаптацией ребенка с РАС к школе?
2. Как можно эффективно организовать пространство класса для ребенка с РАС?
3. Почему важно правильно подбирать подкрепление деятельности ребенка в образовательном процессе?
4. Каковы основные обязанности тьютора при сопровождении ребенка с РАС?
5. Какие требования предъявляются к организации занятий с ребенком с РАС?
6. Какие методы и приемы эффективны для обучения ребенка с РАС социальным навыкам?
7. Какие стратегии обучения используются при формировании социальных навыков?
8. Каким образом может развиваться социальное взаимодействие со сверстниками у ребенка с РАС?
9. Какие упражнения помогают формировать у ребенка с РАС социальные навыки?
10. Разработайте тренинг на Социальное взаимодействие со сверстниками.

Темы Рефератов.

1. Нейрохимическая теория аутизма.
2. Генетическая теория аутизма.
3. Теории происхождения аутизма: теория обмена веществ.
4. Особенности речевого развития с детей с РДА.
5. Особенности формирования игровой деятельности у дошкольников с РАС.

6. Особенности формирования предметной деятельности у дошкольников с РАС
7. Особенности формирования продуктивных видов деятельности у детей с РАС.

Тест для самопроверки

1. Какова главная задача учителя при адаптации детей с РАС к школьной среде?
 - a) Ускоренное включение в образовательный процесс
 - b) Минимизация нагрузки на ребенка
 - c) Соблюдение постепенности и проявление терпения
 - d) Полное исключение групповых занятий
 - e) Использование жестких сроков адаптации
2. Какую стратегию включения ребенка с РАС в образовательный процесс считают оптимальной?
 - a) Сразу включать в полную учебную нагрузку
 - b) Поэтапное увеличение количества уроков в день
 - c) Ограничение занятий одним уроком в день
 - d) Исключение письменных заданий
 - e) Занятия только в индивидуальном формате
3. Почему детям с РАС на начальном этапе рекомендуется закрепить отдельный кабинет?
 - a) Чтобы избежать общения со сверстниками
 - b) Для индивидуального обучения на дому
 - c) Для создания зоны безопасности и предсказуемости
 - d) Чтобы минимизировать нагрузку на педагогов
 - e) Для исключения контакта с предметниками
4. Какая особенность организации учебного пространства рекомендуется для детей с РАС?
 - a) Класс должен быть строго формализован
 - b) Разделение на учебную и свободную зоны
 - c) Исключение всех визуальных опор
 - d) Размещение учеников без учета их потребностей
 - e) Отказ от сенсорных подушек и фитболов
5. Какие элементы могут входить в свободную зону класса?
 - a) Только парты и стулья
 - b) Минимум предметов, чтобы не отвлекать детей
 - c) Общий стол, шкаф с играми, минибиблиотека, ковер или мягкие маты
 - d) Компьютерные станции для индивидуального обучения
 - e) Полное отсутствие зоны отдыха
6. Почему кабинетная система может быть нежелательной для детей с РАС?
 - a) Из-за сложных учебных программ
 - b) Частая смена обстановки вызывает стресс

- с) Из-за нехватки педагогов
 - д) Дети не могут концентрироваться в новых помещениях
 - е) Требуется постоянного сопровождения родителей
7. Какое соотношение поощрений и наказаний считается оптимальным?
- а) 1:1
 - б) 1:2
 - в) 2:1
 - г) 5:5
 - е) 3-5 поощрений на одно наказание
8. Какую роль играют пиктограммы в образовательном процессе детей с РАС?
- а) Они используются только на уроках математики
 - б) Помогают ориентироваться в последовательности действий
 - в) Полностью заменяют устные инструкции
 - г) Неэффективны для детей с РАС
 - е) Используются только в специальных классах
9. В чем заключается основная цель адаптированной системы оценивания?
- а) Подчеркивать любые, даже незначительные успехи
 - б) Максимально снизить требования к детям
 - в) Исключить сравнение с другими учениками
 - г) Давать только высокие оценки
 - е) Исключить процесс оценивания
10. Почему важно учитывать сезонные факторы при планировании учебной нагрузки детей с РАС?
- а) Чтобы организовать больше экскурсий
 - б) Изменения солнечной активности могут влиять на состояние детей
 - в) Зимой дети лучше учатся
 - г) Летом нагрузку нужно снижать до минимума
 - е) Это позволяет учителям планировать отпуска

5. ЛЕКЦИЯ. Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра: ключевые теоретические основания и организационные аспекты.

5.1. Теоретическая основа сопровождения.

За последние десятилетия сформировались различные подходы к пониманию комплексного сопровождения. В сфере обучения, воспитания, развития, коррекции и социализации детей с расстройствами аутистического

спектра (РАС) целесообразно рассматривать сопровождение как образовательную технологию, включающую метод, процесс и службу сопровождения [27].

Метод сопровождения направлен на создание условий, позволяющих субъекту развития (ребенку, образовательной системе) принимать оптимальные решения в ситуациях жизненного выбора. Подобные ситуации связаны с определением направления прогрессивного или регрессивного развития.

Процесс сопровождения представляет собой последовательность действий, направленных на принятие субъектом осознанных решений и ответственность за их реализацию.

Служба сопровождения включает взаимодействие специалистов различных профилей, обеспечивающих реализацию метода и процесса сопровождения.

Методическая основа сопровождения

Основные функции сопровождения:

- диагностика проблемы;
- сбор информации о возможных путях решения;
- консультация на этапе принятия решения;
- разработка и реализация плана решения проблемы.

Ключевые принципы сопровождения:

- рекомендательный характер;
- приоритет интересов сопровождаемого;
- непрерывность;
- мультидисциплинарность;
- ориентация на автономность.

Особенно важен принцип **непрерывности**, который подчеркивает, что сопровождение не ограничивается разовыми вмешательствами, а представляет собой системное взаимодействие. Это особенно актуально при работе с детьми с РАС, поскольку их социализация и развитие требуют длительной и адаптивной поддержки.

Сопровождение в образовании

Выделение различных трактовок сопровождения условно, поскольку оно основывается на интеграции нескольких методологических подходов: гуманистического, развивающего, индивидуально-дифференциального, субъектного и антропологического.

В образовательной среде сопровождение охватывает три уровня:

1. **Сопровождение ребенка и его развития**
2. **Сопровождение родителей**
3. **Сопровождение педагогов**

Дополнительно сопровождению могут подлежать образовательная программа, образовательный процесс и образовательная система.

Методологическая основа сопровождения развития ребенка

В основе сопровождения ребенка лежит **педагогика успеха** – концепция, ориентированная на достижение каждым ребенком прогресса в его индивидуальном диапазоне возможностей. Это особенно важно при работе с детьми с РАС, чей потенциал может оставаться скрытым из-за психологических защит, особенностей психического развития и внешних факторов.

Одной из ключевых задач сопровождения является глубокое понимание природы аутизма. Неподготовленные педагоги, сверстники и родители часто неверно интерпретируют поведение ребенка с РАС, что может приводить к конфликтам. Основные причины таких трудностей включают:

- избирательность восприятия;
- сложности в освоении абстрактных понятий;
- непонимание социальных сигналов;
- трудности в выражении своих желаний и объяснении действий.

В связи с этим сопровождение должно учитывать потребности ребенка, а не только требовать выполнения инструкций. Важно создавать условия, в которых ребенок будет чувствовать себя комфортно и сможет раскрыть свой потенциал.

5.2. Основные принципы комплексного сопровождения детей РАС

На начальном этапе работы педагоги должны ориентироваться на индивидуальные возможности ребенка, адаптируясь к нему, а не требуя адаптации с его стороны. Создание теплого психологического климата в образовательной среде и, по возможности, в родительском доме способствует снижению барьеров между внутренним миром ребенка и внешним окружением.

Основываясь на понимании психологических особенностей аутизма и индивидуальных проявлений РАС, формируются ключевые принципы комплексного сопровождения [65]:

1. **Дополнительные усилия по адаптации** ребенка в новых условиях.
2. **Гибкая интеграция** в образовательный и воспитательный процесс с учетом возможностей ребенка.
3. **Всесторонняя помощь**, включенная во все виды деятельности ребенка.
4. **Скоординированное взаимодействие специалистов**, учитывающее рекомендации врачей и психологов.
5. **Сбалансированное сочетание** образовательных, коррекционных и лечебных мероприятий.
6. **Разработка адаптивных учебных программ**, позволяющих гибкий переход между уровнями обучения на основе динамической диагностики.
7. **Активное участие родителей** в процессе сопровождения и реабилитации.
8. **Поддержание стабильного и благоприятного психологического климата** в образовательной среде.

Эти принципы обеспечивают комплексный подход к сопровождению детей с РАС, помогая создать условия для их успешной адаптации, обучения и социализации.

5.3. Функции сопровождения

Современное образование становится все более структурированным, поэтому сопровождение не должно заменять основные процессы обучения, воспитания, развития, коррекции и социализации, а должно дополнять их, координировать и направлять. В этом контексте выделяются **четыре ключевые функции сопровождения [42]:**

1. **Экспертная функция** – направлена на анализ и оценку образовательного процесса:
 - Оценка соматического и психологического состояния ребенка.
 - Анализ динамики образовательных и коррекционных воздействий.
 - Разработка рекомендаций по адаптированным программам и индивидуальным маршрутам.
 - Мониторинг эффективности образовательных программ и среды.
 - Оценка адаптационного потенциала ребенка при переходе на следующую ступень образования.
2. **Проектировочная функция** – связана с прогнозированием и планированием образовательного процесса:
 - Планирование динамики развития ребенка и образовательных эффектов.
 - Проектирование адаптированной образовательной программы.
 - Разработка схем сопровождения ребенка и индивидуальных маршрутов.
 - Проектирование условий образовательной среды.
3. **Поддерживающая функция** – направлена на создание благоприятных условий для всех участников образовательного процесса:
 - Сопровождение развития ребенка.
 - Психолого-педагогическая поддержка родителей.
 - Психологическая поддержка педагогов.
 - Формирование позитивного социально-психологического климата.
 - Информационно-просветительская деятельность.
4. **Профилактическая функция** – предотвращение дезадаптации и кризисных ситуаций:
 - Определение и минимизация факторов риска.
 - Профилактика конфликтов и дезадаптации.
 - Предотвращение профессионального выгорания педагогов.

Эти функции реализуются в двух направлениях:

Организационно-методическое – разработка методик, стратегий и нормативных документов.

Содержательно-действенное – практическое сопровождение детей, родителей и педагогов.

Комплексный подход к сопровождению обеспечивает успешную адаптацию, развитие и социализацию детей в образовательной среде.

5.4. Направления комплексного сопровождения.

Организационно-методические аспекты комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра

Организация и нормативное регулирование деятельности специалистов сопровождения

Основные организационно-методические аспекты деятельности специалистов, занимающихся сопровождением детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), закрепляются локальными актами образовательного учреждения. Эти документы определяют структуру, цели, задачи и механизмы работы специалистов, регламентируют формы взаимодействия между педагогами, психологами, медицинскими работниками и родителями, а также фиксируют порядок мониторинга эффективности сопровождения.

Одной из центральных форм организации деятельности специалистов является психолого-медико-педагогическая консультация (ПМПК). Это коллегиальный орган, объединяющий специалистов различного профиля (педагогов, психологов, дефектологов, логопедов, врачей, социальных педагогов и др.), целью которого является выработка единой стратегии сопровождения каждого конкретного ребенка с учетом его индивидуальных особенностей, трудностей и потребностей.

Важными элементами деятельности ПМПК являются: Согласование избранной стратегии с родителями (законными представителями) ребенка. Родители должны не только быть информированы о планируемых мероприятиях, но и активно включены в процесс сопровождения. Мониторинг эффективности реализации разработанной стратегии. Специалисты отслеживают динамику развития ребенка, анализируют успешность применяемых методов и, при необходимости, вносят коррективы в образовательную и коррекционно-развивающую работу.

Основные задачи психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК) [18]:

1. **Комплексное изучение особенностей ребенка** на основе данных специалистов разных направлений, выявление ядерных проблем, требующих первоочередного коррекционного внимания.

2. **Формирование и утверждение индивидуального образовательного маршрута (ИОМ)**, включающего оптимальные условия и формы организации образовательного процесса.

3. **Разработка адаптированных образовательных программ и схем сопровождения** с учетом индивидуальных потребностей ребенка, а также их согласование с родителями.

4. **Обеспечение коллегиального и преемственного подхода** в сопровождении ребенка на разных этапах его образования. Это позволяет избежать фрагментарности и несогласованности работы специалистов.

5. **Выявление, анализ и профилактика конфликтных аспектов** взаимодействия всех участников образовательного процесса (родителей, педагогов, сверстников, специалистов).

6. **Включение родителей в деятельность службы сопровождения**, развитие их компетентности и вовлеченность в процесс работы с ребенком.

7. **Повышение профессиональной квалификации специалистов**, обмен знаниями между представителями разных направлений деятельности (образовательной, психологической, медицинской, социальной).

Индивидуальная карта сопровождения ребенка

- На основе информации о ребенке формируется **индивидуальная карта сопровождения**, в которой фиксируются:
- **Основные цели и задачи сопровождения**, исходя из актуальных потребностей ребенка.
- **Перечень специалистов**, ответственных за реализацию образовательных, коррекционных и развивающих мероприятий.
- **Этапы и формы сопровождения**, предусматривающие последовательную работу с ребенком и его семьей.
- **Критерии оценки эффективности** применяемых методик и стратегий.

Схема сопровождения как инструмент организации работы

Организация работы по реализации задач, обозначенных в индивидуальной карте сопровождения, может быть представлена в виде **схемы сопровождения**. Она отражает ключевые этапы взаимодействия специалистов, родителей и самого ребенка, обеспечивая **логичность, системность и последовательность педагогических и психолого-педагогических мероприятий**.

- **Принципы организации эффективного сопровождения**
- **Индивидуальный подход** — учет особенностей каждого ребенка, его сильных и слабых сторон.
- **Непрерывность сопровождения** — работа должна строиться на постоянной основе, а не носить фрагментарный характер.

- **Комплексность** — сочетание образовательных, коррекционных, медицинских, социальных и психологических мероприятий.
- **Интеграция усилий специалистов** — междисциплинарное взаимодействие является залогом успешной помощи детям с РАС.
- **Активное включение семьи** — родители не должны оставаться сторонними наблюдателями, их вовлеченность в процесс сопровождения повышает его эффективность.

Таким образом, организационно-методическая система сопровождения детей с РАС представляет собой гибкую, многокомпонентную и координированную структуру, направленную на создание оптимальных условий для развития, обучения и социализации ребенка.

Вопросы для самоконтроля

1. Какова теоретическая основа сопровождения детей с РАС?
2. Какие принципы лежат в основе комплексного сопровождения детей с РАС?
3. Какие функции выполняет система сопровождения?
4. Какие направления включает комплексное сопровождение ребенка с РАС?
5. Почему необходимо участие специалистов разных профилей в сопровождении детей с аутизмом?

Темы Рефератов.

1. Средовой подход в работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра.
2. Организации поведения и обучения детей с РАС, используемые в начальной школе
3. Сходства, различия и точки соприкосновения технологий прикладного поведенческого анализа и деятельностного подхода в процессе обучения детей с РАС.

Тест для самопроверки

1. Что включает в себя сопровождение как образовательная технология?
 - a) Только метод сопровождения
 - b) Только процесс сопровождения
 - c) Только службу сопровождения
 - d) Метод, процесс и службу сопровождения
 - e) Только метод и процесс сопровождения
2. Какой принцип сопровождения подчеркивает его системное взаимодействие, а не разовые вмешательства?
 - a) Мультидисциплинарность
 - b) Непрерывность
 - c) Ориентация на автономность

- d) Приоритет интересов сопровождаемого
 - e) Рекомендательный характер
3. Какие три уровня сопровождения выделяются в образовательной среде?
- a) Дети, педагоги, администрация школы
 - b) Педагоги, психологи, медицинские работники
 - c) Ребенок, родители, педагоги
 - d) Программы, методики, диагностика
 - e) Дети с РАС, дети с ОВЗ, обычные дети
4. Что является основной концепцией сопровождения ребенка?
- a) Программа индивидуального развития
 - b) Метод динамической адаптации
 - c) Педагогика успеха
 - d) Теория обучения через подражание
 - e) Методика комплексного наблюдения
5. Какой фактор НЕ является причиной трудностей у детей с РАС?
- a) Избирательность восприятия
 - b) Трудности в выражении желаний
 - c) Высокая мотивация к социализации
 - d) Сложности в освоении абстрактных понятий
 - e) Непонимание социальных сигналов
6. Какой из принципов комплексного сопровождения детей с РАС предполагает активное участие родителей?
- a) Гибкая интеграция в образовательный процесс
 - b) Дополнительные усилия по адаптации ребенка
 - c) Активное участие родителей в процессе сопровождения
 - d) Поддержание благоприятного климата
 - e) Всесторонняя помощь во всех видах деятельности
7. Какая функция сопровождения связана с прогнозированием образовательного процесса?
- a) Проектировочная
 - b) Экспертная
 - c) Поддерживающая
 - d) Профилактическая
 - e) Диагностическая
8. Какой орган разрабатывает стратегию сопровождения детей с РАС, учитывая их индивидуальные особенности?
- a) Педагогический совет
 - b) Администрация школы
 - c) Совет родителей
 - d) Психолого-медико-педагогическая консультация (ПМПК)
 - e) Министерство образования

9. Что фиксируется в индивидуальной карте сопровождения ребенка?
- a) Только перечень специалистов
 - b) Только образовательные цели
 - c) Только список медицинских показаний
 - d) Цели, специалисты, этапы и формы сопровождения, критерии эффективности
 - e) Только коррекционные мероприятия
10. Какой принцип организации сопровождения подразумевает сочетание образовательных, медицинских, психологических и социальных мероприятий?
- a) Индивидуальный подход
 - b) Комплексность
 - c) Интеграция усилий специалистов
 - d) Активное включение семьи
 - e) Непрерывность

6. ЛЕКЦИЯ. Направления работы педагога-психолога по формированию социально-коммуникативных навыков на этапах комплексного сопровождения детей с РАС, развитию взаимодействия ребенка со взрослыми и сверстниками

6.1. Функции педагога-психолога по формированию социально-коммуникативных навыков детей с РАС.

Психолог является основным специалистом, который обладает знаниями об особых образовательных и социальных потребностях ребенка с РАС. Его деятельность направлена не только на работу с самим ребенком, но и на консультирование и координацию работы учителя, тьютора, логопеда, а также на взаимодействие с семьей ребенка.

Дети с РАС в общеобразовательной школе испытывают значительные трудности в социальной и эмоциональной адаптации. Это связано с недостаточным пониманием социальных норм, трудностями в установлении контактов, эмоциональной регуляцией и взаимодействием со сверстниками. Поэтому им необходима специфическая психологическая поддержка, направленная на формирование социальных и коммуникативных навыков, развитие эмоционального интеллекта и адаптацию в школьной среде.

Основными направлениями работы психолога являются формирование границ взаимодействия, помощь в организации учебного процесса, развитие коммуникативных навыков, работа с родителями и педагогами, а также поддержка сверстников ребенка с РАС. Важной задачей является обучение ребенка пониманию личных границ, умению регулировать дистанцию в общении, соблюдению социальных норм и правил. Психолог также помогает ребенку в

обучении, особенно при отсутствии тьюторского сопровождения, поддерживая его адаптацию в школьной среде и формирование навыков самостоятельности.

Особое внимание уделяется развитию представлений ребенка о себе и окружающих людях, а также обучению его пониманию эмоций, намерений и точек зрения других людей. Это способствует развитию социальной компетентности и формированию эмпатии. Немаловажной задачей является формирование у ребенка функций программирования и контроля, что включает в себя развитие навыков планирования, последовательности действий и гибкости в поведении.

Работа с родителями занимает значительное место в деятельности психолога. Родители должны быть информированы о психологических особенностях ребенка и обучены эффективным способам взаимодействия с ним. Организация групповых встреч и индивидуальных консультаций позволяет повысить уровень их компетентности и создать условия для лучшей адаптации ребенка в семье и школе.

Психолог также взаимодействует со сверстниками ребенка, проводит занятия по формированию навыков общения и взаимодействия, помогает создать в классе атмосферу принятия и поддержки. Это особенно важно, поскольку именно в среде сверстников ребенок с РАС сталкивается с наибольшими трудностями. Включение его в коллектив требует использования специальных методик групповой работы, интерактивных игр, социальных историй, ролевых ситуаций.

Формирование навыков коммуникации у ребенка с РАС – это сложный процесс, который требует системного подхода. Вначале он осваивает простые и повторяющиеся модели взаимодействия с учителем и одноклассниками, затем постепенно расширяет сценарии общения, учится воспринимать изменения в среде и адаптироваться к ним. Наиболее предсказуемыми и понятными для ребенка являются взрослые, поэтому контакт с ними устанавливается легче. Взаимодействие со сверстниками требует большей гибкости, что представляет для ребенка с РАС определенные сложности [65].

Создание условий для успешной социализации ребенка с РАС возможно только при комплексном подходе, включающем психологическую, педагогическую и социальную поддержку. Работа психолога направлена на постепенное развитие навыков общения и поведения, создание комфортной образовательной среды и выстраивание системы взаимодействия между всеми участниками образовательного процесса.

6.2. Организация взаимодействия ребенка РАС со сверстниками.

У детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) даже простые отношения со сверстниками формируются значительно сложнее, чем с взрослыми. Это связано с особенностями социальной когнитивной обработки информации,

сложностями в интерпретации намерений других людей и понимании невербальных сигналов. В отличие от взрослых, которые могут учитывать особенности ребенка с РАС и адаптировать свое поведение, сверстники зачастую оказываются менее предсказуемыми, что вызывает у ребенка тревогу и дискомфорт.

Само по себе общение не становится естественным процессом со временем и не регулируется интуитивно, поэтому его необходимо организовывать искусственно, встраивая в структуру учебного и внеурочного взаимодействия. В лучшем случае взаимодействие с другими детьми без сопровождения остается на уровне хаотичного движения, беготни, которая лишь усиливает перевозбуждение и может привести к дезорганизации поведения. Чтобы избежать этого, объем контактов с окружающими необходимо дозировать, четко структурируя ситуации общения в рамках привычных сценариев: урока, перемены, посещения столовой, прогулок.

На начальном этапе адаптации особенно важно не допустить формирования у ребенка устойчивых негативных эмоциональных реакций, связанных с взаимодействием с одноклассниками. Конфликтные ситуации в этот период могут закрепить чувство тревоги и усилить стремление к изоляции. Поэтому необходимо создавать безопасные условия для общения, вводить четкие правила взаимодействия и обеспечивать поддержку со стороны педагогов и специалистов сопровождения.

Одним из ключевых направлений работы психолога является развитие у ребенка представлений о себе и о других людях. Формирование так называемой модели психического позволяет ребенку с РАС осознать, что окружающие имеют собственные мысли, чувства, желания и намерения, которые могут отличаться от его собственных. Это понимание – основа для дальнейшего развития коммуникативных навыков и способности к эмпатии.

После того как ребенок приобретает базовые навыки общения в повторяющихся и структурированных ситуациях (уроки, перемены, походы в столовую, прогулки), можно постепенно расширять диапазон его коммуникативных умений. Переход к менее регламентированным формам взаимодействия, таким как участие в праздниках, экскурсиях, проектной деятельности, требует тщательной подготовки и постепенного усложнения условий общения. Важно заранее разрабатывать сценарии включения ребенка в коллектив, учитывая его индивидуальные особенности и уровень развития социальных навыков [33].

Работа психолога с родителями также играет значительную роль в успешной адаптации ребенка. Родители часто сталкиваются с эмоциональным выгоранием, стрессом и чувством беспомощности перед особенностями поведения своего ребенка. Психологическая поддержка семьи включает как информирование о специфике аутизма и эффективных стратегиях взаимодействия,

так и обсуждение возможностей дополнительной помощи за пределами школы – медицинской, нейропсихологической, логопедической и других видов коррекционной поддержки.

В своей работе психолог использует различные психокоррекционные технологии, направленные на развитие эмоциональной регуляции, социальных навыков, коммуникативной компетентности и поведенческой гибкости. Это могут быть методики моделирования социальных ситуаций, техники сенсорной интеграции, арт-терапевтические подходы, игровые методы и когнитивно-поведенческая терапия.

Комплексное сопровождение ребенка с РАС требует взаимодействия между всеми участниками образовательного процесса – педагогами, родителями, психологами, медицинскими специалистами. Только системный подход позволяет создать условия для успешной социализации ребенка, минимизации стрессовых ситуаций и постепенного расширения его возможностей в сфере общения и взаимодействия.

6.3. Формирование социально-коммуникативных функций у детей с аутизмом в периоде дошкольного образования

Идеальный уровень развития социально-коммуникативных навыков предполагает, что ребенок обладает полноценной для своего возраста способностью к речевому общению. Это означает, что он испытывает потребность во взаимодействии, ориентируется в целях и ситуации общения, может устанавливать контакт с партнером, обмениваться мнениями, идеями и фактами, воспринимать и оценивать ответную реакцию собеседника, а также корректировать параметры общения в зависимости от ситуации.

Очевидно, что дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) крайне редко достигают такого уровня коммуникативного развития к школьному возрасту. Особенно значительные трудности возникают в гибком взаимодействии с партнером, инициативе в общении и умении поддерживать диалог. Эти особенности требуют специальной подготовки ребенка к обучению в коллективе, направленной на формирование базовых навыков коммуникации.

Минимальный уровень развития речевой и социальной коммуникации, необходимый для обучения в классе, включает:

- отсутствие выраженного негативизма к пребыванию в одном помещении с другими детьми,
- способность воспринимать фронтальную (или хотя бы индивидуальную) инструкцию на слух.

Очень важно, чтобы к моменту поступления в школу ребенок с РАС владел устной речью, так как цензовое образование предполагает развитие словесно-логического мышления, невозможного без речевой основы (устной или

письменной). Однако на практике далеко не у всех детей с аутизмом удается сформировать достаточный уровень речевого развития к этому возрасту.

При этом официальные нормативные документы в сфере дошкольного образования запрещают устанавливать обязательные итоговые уровни развития для детей, в том числе с особенностями развития. Это особенно важно учитывать в пропедевтическом периоде подготовки к обучению в школе. Учитывая специфические особенности детей с РАС, недопустимо навязывать жесткие критерии оценки их готовности к обучению, в том числе в сфере коммуникативных и речевых навыков [77].

Основные направления работы в пропедевтический период

В рамках подготовки к школьному обучению особое внимание уделяется следующим задачам:

- развитие потребности в общении, формирование мотивации к социальному взаимодействию;
- развитие доступных ребенку форм коммуникации, с акцентом на устную речь, а при необходимости – на альтернативные и дополнительные средства общения (жестовая речь, карточки PECS, использование гаджетов для общения и др.);
- обучение пониманию и выполнению фронтальных инструкций в учебном процессе;
- формирование способности устанавливать и поддерживать контакт с педагогами и одноклассниками как в рамках уроков, так и во внеурочной деятельности;
- развитие навыков соблюдения регламента школьного поведения, включая следование режиму дня, правилам учебного взаимодействия и требованиям к поведению в коллективе.

Эти аспекты являются базовыми для успешного включения ребенка с РАС в образовательный процесс. Без их освоения он может испытывать значительные трудности в обучении, социализации и взаимодействии с окружающими. Поэтому психологическая и педагогическая поддержка на данном этапе играет решающую роль в создании условий для адаптации и развития ребенка в школьной среде.

6.4. Взаимодействие взрослых с детьми с расстройствами аутистического спектра

Роль взрослых — как родителей, так и специалистов — в процессе взаимодействия с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) существенно отличается от роли взрослых при типичном развитии ребенка. Это связано с особенностями аутизма, в частности, с качественными нарушениями в сфере коммуникации и социального взаимодействия. Для эффективной поддержки ребенка взрослым необходимо учитывать ключевые особенности его развития, поведения, познавательной деятельности и обучения.

Информация, поступающая от взрослых, воспринимается детьми с аутизмом по-разному в зависимости от ее модальности. Визуальная информация является наиболее доступной для понимания, что делает необходимым использование визуальных средств поддержки, таких как пиктограммы, карточки PECS, схемы и расписания. Важно визуализировать инструкции, учебные и игровые материалы, а также обеспечивать визуальную поддержку при выполнении бытовых и учебных действий.

Устная речь должна соответствовать уровню понимания ребенка, быть лаконичной, структурированной и доступной. Взрослым следует контролировать сложность своих речевых высказываний, избегать метафор, сложных грамматических конструкций и абстрактных выражений.

Кроме того, важным аспектом работы является структурирование пространства и времени, в которых находится ребенок. Четкое расписание, визуальные подсказки и предсказуемость окружающей среды позволяют ребенку лучше ориентироваться и снижать уровень тревожности. При этом необходимо учитывать динамику развития ребенка и при необходимости вносить изменения в организацию его пространства.

Дети с РАС не всегда могут сообщить о своих потребностях и иногда используют для этого неадекватные формы поведения, включая проблемное поведение. В таких случаях взрослым категорически не следует:

- проявлять выраженные негативные эмоциональные реакции (гнев, крик, раздражение);
- поощрять неадекватные способы выражения потребностей, предоставляя ребенку желаемое, иначе это закрепит проблемное поведение.

Так как дети с аутизмом испытывают затруднения в понимании намерений и действий окружающих, важно делать окружающую среду как можно более предсказуемой. Это проще реализовать во взаимодействии со взрослыми, но сложнее в контакте со сверстниками. Поэтому необходимо не только организовывать окружающее пространство, но и обучать ребенка пониманию происходящего, оценке действий других людей и формированию адекватных социальных реакций.

Важным элементом взаимодействия является знание индивидуальных особенностей ребенка, включая его интересы, триггеры тревожности, формы стереотипного поведения и способы переключения внимания. Понимание этих аспектов позволяет взрослым предугадывать возможные реакции ребенка, снижать уровень стресса и создавать благоприятные условия для развития его коммуникативных и адаптивных навыков.

И в образовательной организации, и в семье необходимо формировать ровную, доброжелательную атмосферу, способствующую укреплению у ребенка уверенности в своих силах, развитию коммуникативных намерений и доверия к окружающим.

Взаимодействие педагогического коллектива с семьями детей с РАС

Роль семьи в развитии ребенка, независимо от наличия у него особенностей, является ключевой. Это в полной мере относится и к детям с расстройствами аутистического спектра. Практически все современные подходы к коррекции аутизма, за исключением психоаналитического, подчеркивают необходимость тесного сотрудничества между семьей и специалистами.

Цель взаимодействия педагогического коллектива дошкольного образовательного учреждения (далее – Организация) и семьи ребенка с РАС (далее – семья) заключается в обеспечении максимально возможного прогресса ребенка, создании условий для его адаптации и развития социальной независимости.

Во взаимодействии «ребенок – семья – образовательная организация» соблюдаются следующие принципы:

- приоритет принадлежит интересам ребенка с РАС;
- основные решения, касающиеся сопровождения ребенка, принимают родители;
- организация разрабатывает и реализует адаптированную образовательную программу (АООП), соответствующую особенностям ребенка.

Для достижения эффективного сотрудничества между педагогами и родителями важно выстраивать конструктивный диалог, основанный на доверии и открытости. Родители должны быть ознакомлены с программами работы с их ребенком, условиями пребывания в образовательном учреждении, ходом занятий и перспективами развития.

Особое внимание уделяется повышению компетентности родителей в вопросах диагностики и коррекции РАС. Важно не просто предоставлять информацию, а помогать родителям разбираться в достоверности различных источников, в том числе материалов из интернета и литературы. Родителям необходимо понимать, какие методы подходят их ребенку и почему, а также осознавать невозможность «чудесного исцеления» и необходимость систематической работы. В то же время специалисты должны отмечать каждое достижение ребенка, поддерживая мотивацию семьи.

Формами взаимодействия могут быть:

- индивидуальные консультации;
- групповые занятия и круглые столы;
- лекции и семинары;
- демонстрация занятий (например, в видеозаписях с последующим обсуждением).

Специалисты также должны учитывать психологические аспекты, с которыми сталкиваются семьи детей с аутизмом. Диагноз «аутизм» часто становится для родителей серьезным стрессом, вызывая широкий спектр эмоциональных реакций – от отрицания и самообвинения до апатии и смирения.

Эти переживания могут влиять на восприятие родителями своего ребенка, специалистов, коррекционных мероприятий и будущего ребенка в целом [48].

Каждая семья имеет свой индивидуальный путь принятия диагноза и адаптации к новым условиям. Педагоги и психологи, работающие с детьми с РАС, должны учитывать эти обстоятельства и находить индивидуальный подход к каждому ребенку и его родителям, помогая им преодолевать возникающие трудности.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие функции выполняет педагог-психолог при формировании социально-коммуникативных навыков у детей с РАС?
2. Как организуется взаимодействие ребенка с РАС со сверстниками?
3. Какие особенности характерны для формирования социально-коммуникативных функций у дошкольников с аутизмом?
4. В чем заключается специфика взаимодействия взрослых с детьми с РАС?
5. Каковы особенности взаимодействия педагогического коллектива с семьями, воспитывающими детей с РАС?

Темы Рефератов.

1. Теории происхождения аутизма: теория обмена веществ.
2. Биологическая теория аутизма.
3. Статистика аутизма.

Тест для самопроверки

1. Кто является основным специалистом в работе с детьми с РАС?
 - a) Логопед
 - b) Тьютор
 - c) Психолог
 - d) Учитель
 - e) Социальный работник
2. Какую главную трудность испытывают дети с РАС в общеобразовательной школе?
 - a) Проблемы с академической успеваемостью
 - b) Трудности в социальной и эмоциональной адаптации
 - c) Недостаток мотивации к обучению
 - d) Отсутствие поддержки со стороны семьи
 - e) Гиперактивность
3. Что является одним из направлений работы психолога с детьми с РАС?
 - a) Развитие навыков письма и чтения
 - b) Подготовка ребенка к сдаче экзаменов
 - c) Формирование границ взаимодействия

- d) Контроль за посещаемостью
 - e) Назначение медикаментозной терапии
4. Почему взаимодействие со сверстниками сложнее, чем со взрослыми для ребенка с РАС?
- a) Взрослые не заинтересованы в общении с детьми
 - b) Дети с РАС не нуждаются в контактах со сверстниками
 - c) Сверстники менее предсказуемы в своем поведении
 - d) Взрослые не требуют от ребенка гибкости в общении
 - e) Дети с РАС чаще избегают общения
5. Какой метод НЕ используется психологами для поддержки детей с РАС?
- a) Арт-терапия
 - b) Социальные истории
 - c) Гипноз
 - d) Сенсорная интеграция
 - e) Когнитивно-поведенческая терапия
6. Какую роль играет психолог в работе с родителями детей с РАС?
- a) Оценивает их педагогические навыки
 - b) Информировывает и обучает эффективным методам взаимодействия
 - c) Контролирует выполнение домашних заданий
 - d) Заменяет родителей в воспитании ребенка
 - e) Проводит медицинское обследование
7. Что способствует развитию социальной компетентности у детей с РАС?
- a) Усиленные академические нагрузки
 - b) Отказ от общения со сверстниками
 - c) Развитие логического мышления
 - d) Обучение пониманию эмоций и намерений других людей
 - e) Постоянный контроль со стороны взрослых
8. Какое условие важно при формировании навыков коммуникации у ребенка с РАС?
- a) Исключение взаимодействия со сверстниками
 - b) Полное отсутствие стрессовых ситуаций
 - c) Постепенное усложнение коммуникативных ситуаций
 - d) Использование исключительно индивидуальных занятий
 - e) Ограничение контактов с педагогами
9. Какой принцип НЕ относится к взаимодействию образовательной организации с семьей ребенка с РАС?
- a) Принятие решений о сопровождении ребенка родителями
 - b) Разработка адаптированной образовательной программы
 - c) Исключение родителей из процесса обучения
 - d) Приоритет интересов ребенка с РАС
 - e) Открытость и доверие в диалоге с родителями

10. Почему важно визуализировать информацию для детей с РАС?

- а) Чтобы облегчить запоминание текстов
- б) Чтобы снизить нагрузку на педагога
- в) Потому что дети с РАС не понимают устную речь
- г) Визуальная информация воспринимается легче, чем вербальная
- е) Чтобы ускорить процесс обучения

7. ЛЕКЦИЯ. Диагностика в процессе комплексного сопровождения непрерывного образования детей с расстройствами аутистического спектра

7.1. Организация диагностики комплексного сопровождения непрерывного образования детей с РАС.

Качество и своевременность диагностики во многом определяют успешность обучения, воспитания и развития детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), а также эффективность коррекционной работы. В связи с этим к организации диагностики предъявляются следующие обязательные требования [88]:

Ранняя диагностика. Выявление особенностей развития ребенка должно начинаться с первых дней его пребывания в образовательной организации. Чем раньше диагностированы особенности развития, тем быстрее можно разработать индивидуальный образовательный маршрут и подобрать необходимые коррекционные методы.

Комплексный подход. Диагностика должна включать участие специалистов разных профилей (психологов, дефектологов, логопедов, врачей и педагогов), а также родителей. Важно использовать различные методы оценки: клинико-психологические, психолого-педагогические, поведенческие и медицинские, чтобы получить максимально полную картину развития ребенка.

Динамичность диагностики. Диагностическая работа должна быть не разовой, а проводиться на протяжении всего образовательного процесса. Важно регулярно уточнять диагноз в медицинском, клинико-психологическом и психолого-педагогическом аспектах, учитывая индивидуальные темпы онтогенетического развития ребенка, уровень адаптации и результаты коррекционной работы.

Динамическая диагностика позволяет:

- оценивать эффективность образовательной и коррекционной работы,
- своевременно вносить изменения в тактику сопровождения ребенка,
- корректировать используемые методики и средства,

— уточнять содержание адаптированной образовательной программы (АООП) или индивидуального образовательного маршрута (ИОМ) в зависимости от актуальных потребностей ребенка.

Таким образом, системная диагностика является неотъемлемой частью образовательного и коррекционного процесса и обеспечивает максимальную эффективность работы с детьми с РАС.

7.2. Этапы диагностического исследования.

Диагностика детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) проводится поэтапно, с учетом особенностей образовательного учреждения и формы работы с ребенком (специальный класс, ресурсный класс, инклюзивное образование) [87].

1 этап – ориентировочный

Выявляются актуальные проблемы ребенка, формируются гипотезы о причинах их возникновения, определяются методы диагностики, подходы к адаптации и коррекции, разрабатываются ориентиры для адаптированной образовательной программы (АООП). Применяются биографический метод (изучение документации, беседы с родителями), наблюдение и беседа с ребенком. В результате систематизируются первичные данные о развитии, адаптации, эмоционально-волевых, когнитивных и поведенческих особенностях ребенка.

2 этап – углубленной диагностики и определения зоны ближайшего развития

Оценивается уровень развития психических процессов, эмоционально-волевой сферы, мотивационной готовности, знаний, умений, навыков. Изучаются семейные условия и стиль воспитания. Используются констатирующий педагогический эксперимент, логопедическое обследование, психологическое тестирование, нейропсихологическое обследование, медицинские методы (ЭЭГ, КТ, УЗИ головного мозга). В результате формируются заключения специалистов, разрабатываются АООП и индивидуальный образовательный маршрут (ИОМ).

3 этап – динамической диагностики

Производится уточнение диагноза, коррекция АООП и ИОМ, пересмотр коррекционной программы, выбор оптимальной образовательной формы. Применяется формирующий педагогический эксперимент и адаптируются ранее использованные методы. Итогом становится оптимизация индивидуального подхода к обучению, развитию и социализации ребенка.

4 этап – катamnестического исследования

Оценивается адаптация ребенка при переходе на следующий образовательный уровень. Используется катamnез, включающий сбор информации о социальном и академическом развитии, успехах и потребностях в сопровождении. Анализ позволяет определить степень адаптации: ребенок

успешно адаптирован, испытывает преодолимые трудности или нуждается в постоянной поддержке специалистов.

Этапный подход обеспечивает комплексное сопровождение детей с РАС и их успешную интеграцию в образовательную среду.

Вопросы для самоконтроля

1. Как организуется диагностика комплексного сопровождения непрерывного образования детей с РАС?
2. Какие этапы включает диагностическое исследование при сопровождении детей с РАС?
3. Как можно провести диагностику в соответствии с первыми двумя этапами?

Темы Рефератов.

1. Особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы ребенка с РАС.
2. Психологическая характеристика формирования и развития основных видов деятельности ребенка при аутизме: игра, труд, учебная деятельность.
3. Онтогенез речевого развития ребенка, страдающего расстройствами аутистического спектра.

Тест для самопроверки

1. Какое требование является ключевым для организации диагностики детей с РАС?
 - a) Диагностика только в старшем возрасте
 - b) Одноразовая диагностика
 - c) Использование исключительно медицинских методов
 - d) Ранняя диагностика
 - e) Проведение диагностики только специалистами-психологами
2. Что означает комплексный подход в диагностике детей с РАС?
 - a) Использование только психологических тестов
 - b) Включение специалистов разных профилей и различных методов оценки
 - c) Проведение диагностики раз в год
 - d) Оценка только речи и когнитивных функций
 - e) Игнорирование мнения родителей
3. Зачем необходима динамическая диагностика?
 - a) Для проведения диагностики один раз перед поступлением в школу
 - b) Чтобы избежать работы с родителями ребенка
 - c) Для оценки эффективности коррекционной работы и своевременной корректировки образовательного маршрута
 - d) Чтобы проводить диагностику только в кризисные моменты
 - e) Для уменьшения количества специалистов, работающих с ребенком

4. Какой метод диагностики используется на ориентировочном этапе?

- a) Биографический метод и наблюдение
- b) Формирующий педагогический эксперимент
- c) Нейропсихологическое обследование
- d) Катамнестическое исследование
- e) Электроэнцефалография (ЭЭГ)

5. Какова основная цель второго этапа диагностики?

- a) Разработка общего образовательного маршрута для всех детей
- b) Определение зоны ближайшего развития ребенка и анализ его психических процессов
- c) Оценка только семейных условий
- d) Изучение документации и беседа с родителями
- e) Выявление адаптационных трудностей при переходе на новый уровень обучения

6. Какие методы используются на втором этапе диагностики?

- a) Только наблюдение за ребенком
- b) Беседы с родителями и педагогами
- c) Психологическое тестирование, логопедическое обследование, медицинские методы
- d) Только клинические методы
- e) Исключительно педагогический эксперимент

7. Какая основная задача третьего этапа диагностики?

- a) Составление первого заключения специалистов
- b) Первичное выявление проблем ребенка
- c) Диагностика только речевых нарушений
- d) Коррекция образовательной программы и уточнение диагноза
- e) Исключение педагогического сопровождения ребенка

8. Что оценивается на четвертом этапе диагностики?

- a) Только когнитивные способности ребенка
- b) Уровень тревожности ребенка
- c) Потребность в медикаментозной поддержке
- d) Адаптация ребенка при переходе на следующий образовательный уровень
- e) Только уровень знаний по школьной программе

9. Какой метод НЕ используется в динамической диагностике?

- a) Формирующий педагогический эксперимент
- b) Анализ адаптации ребенка
- c) Разовое тестирование без дальнейшего наблюдения
- d) Коррекция индивидуального образовательного маршрута
- e) Использование ранее примененных методик с их адаптацией

10. В чем заключается основная цель этапного подхода к диагностике?

- a) В составлении единого образовательного маршрута для всех детей с РАС

- b) В исключении медицинского вмешательства в диагностику
- c) В диагностике исключительно речевых нарушений
- d) В проведении диагностики только в дошкольном возрасте
- e) В обеспечении комплексного сопровождения детей с РАС и их успешной интеграции в образовательную среду

8. ЛЕКЦИЯ. Сопровождение педагогов, работающих с детьми с расстройствами аутистического спектра

8.1. Трудности педагогов, работающих с детьми с расстройствами аутистического спектра

Современные исследования психологии педагогов не подтверждают, что работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья (включая детей с РАС) является главным фактором профессионального стресса и выгорания. Скорее, сама педагогическая деятельность относится к профессиям, повышающим риск эмоционального истощения. Поэтому сопровождение педагогов, работающих с детьми с РАС, в целом соответствует общим методам поддержки учителей, но с учетом специфики:

- недостаточная практическая компетентность в сфере образования детей с РАС на начальном этапе профессионального становления;
- полиморфизм проявлений аутизма, затрудняющий выбор методов работы;
- трудности длительного взаимодействия с детьми из-за нестабильности их психического состояния;
- сложности взаимодействия с родителями, имеющими завышенные ожидания относительно возможностей коррекции.

О.С. Литовченко определяет сопровождение педагогов как помощь в решении и предупреждении проблем образовательного процесса через диагностику, консультирование и повышение компетентности. В зарубежной литературе чаще используется термин «поддержка», включающий психологическое консультирование, наставничество и профессиональное обучение.

Разработанная система сопровождения педагогов ориентирована на раскрытие их творческого потенциала и профессионально-личностное развитие. Основные задачи сопровождения:

1. обеспечение психологического комфорта в профессиональной деятельности;
2. создание условий для самореализации в педагогике;
3. стимулирование профессионального роста;

4. предупреждение и коррекция профессионального стресса и эмоционального выгорания;
5. профилактика профессиональной деформации.

Комплексное сопровождение педагогов способствует их устойчивости к стрессу, повышает удовлетворенность работой и эффективность взаимодействия с детьми с РАС [71].

8.2. Организация условий сопровождения труда и профессионально-личностного развития педагогов, работающих с РАС.

Алгоритм организации условий сопровождения педагогов

Алгоритм организации условий труда и профессионально-личностного развития педагогов учитывает современные возможности и исторический контекст развития образовательных организаций. Он включает три этапа [35]:

I. Планирование условий труда и профессионального развития

1. Признание условий труда и профессионального роста педагогов ценностью образовательной организации и закрепление этого положения в программе учреждения.
2. Определение создания условий труда и профессионального развития как стратегической цели.
3. Выбор методологического подхода к управлению сопровождением педагогов, документальное оформление задач и механизмов реализации в программе развития учреждения.
4. Поэтапное планирование мероприятий на год, месяц и в оперативных планах с указанием сроков и ответственных лиц.
5. Планирование ресурсного обеспечения в проекте бюджета учреждения в среднесрочной перспективе.

II. Организация условий труда и профессионального развития

1. Обеспечение ресурсной базы для реализации мероприятий по сопровождению педагогов.
2. Создание условий для внедрения инновационной деятельности и проектного менеджмента.
3. Выбор и применение методов управления в зависимости от целей и индивидуальных особенностей педагогов: административных, экономических, психологических, воспитательных.
4. Развитие механизмов мотивации и стимулирования педагогов.
5. Организация работы педагога-психолога по развитию коммуникативной культуры, пониманию личностных особенностей коллег, профилактике профессионального стресса и эмоционального выгорания через лекции, семинары, консультации и тренинги.
6. Коррекция управленческих решений на основе обратной связи.

III. Контроль реализации условий для профессионального развития

1. Управленческий учет данных обратной связи по своевременности, результативности и качеству реализации мероприятий.
2. Контроль выполнения управленческих решений по созданию условий труда и профессионального развития.
3. Стратегический анализ эффективности образовательного процесса с учетом организации условий труда педагогов.
4. Оценка динамики профессионального развития педагогов и внесение коррективов в планируемые мероприятия.

Комплексный подход к сопровождению педагогов способствует их профессиональному развитию, повышению удовлетворенности работой и эффективности образовательного процесса.

8.3. Рекомендации по реализации алгоритма организации условий сопровождения труда и профессионально-личностного развития педагогов.

В рамках предложенного алгоритма организации условий сопровождения труда и профессионального развития педагогов реализуются следующие рекомендации.

Предоставление педагогам возможности участвовать в разработке и совершенствовании образовательной программы и стратегии развития учреждения, а также в организационных проектах на уровне всей образовательной структуры способствует осознанию их значимости в управленческом процессе. Это позволяет формировать видение перспектив развития организации и собственной роли в этом процессе.

Включение педагогов в процесс годового и месячного планирования деятельности образовательного учреждения позволяет им конкретизировать поставленные стратегические задачи и определить свое участие в их реализации, в том числе в контексте профессионального роста.

Своевременное информирование о проводимых мероприятиях (семинарах, конференциях, тренингах), способствующих профессиональному развитию, а также обеспечение регулярного участия в таких инициативах помогает педагогам осваивать новые знания и компетенции.

Вовлечение педагогов в процесс проектирования и реализации образовательных проектов требует не только разъяснения содержания и целей этих инициатив, но и четкого определения ролей каждого участника. Оптимальным является предоставление педагогам возможности самостоятельно определить свою роль, исходя из личных предпочтений, склонностей и профессиональных возможностей.

Развитие групповых форм принятия управленческих решений повышает вовлеченность педагогов в процессы управления учреждением. При этом особое значение приобретает делегирование полномочий со стороны администрации, что предполагает передачу не только задач, но и ответственности за их выполнение.

Дополнительные меры мотивации и стимулирования подбираются индивидуально, с учетом личностных особенностей каждого педагога и специфики его профессиональной деятельности.

Четкая регламентация параметров, влияющих на коэффициенты материального стимулирования и заключение эффективных контрактов между администрацией и педагогами, позволяет обеспечить прозрачность и справедливость системы поощрений.

Формирование организационной культуры, основанной на подлинном принятии каждым педагогом ценностей развития образовательного учреждения, личного саморазвития и профессиональной самореализации, способствует созданию благоприятной рабочей атмосферы и эффективному профессиональному росту коллектива [31].

8.4. Блоки модели сопровождения труда и профессионально-личностного развития педагогов:

Ключевые компоненты применяемой модели сопровождения труда и профессионального развития педагогов включают два блока:

- организационно-педагогический;
- психолого-педагогический.

Организационно-педагогический блок, оказывая влияние на личность педагога, преимущественно ориентирован на внешние факторы, связанные с профессиональной деятельностью. В значительной степени он носит универсальный характер при анализе организационных аспектов функционирования образовательного учреждения.

Психолого-педагогический блок направлен на развитие личности педагога и предусматривает психологическую направленность реализуемых мероприятий.

Основные процессы, относящиеся к организационно-педагогическому блоку сопровождения профессионального роста педагогов, включают:

1. подбор и распределение кадрового состава;
2. обучение и повышение квалификации педагогов;
3. поддержку, включая меры мотивации и стимулирования;
4. систему оценки педагогических кадров.

Особое значение в данном контексте приобретает организационно-педагогическая составляющая сопровождения профессионального развития, основная цель которой — создание условий, способствующих профессиональной самореализации и раскрытию потенциала педагогов [32].

8.5. Основные процессы сопровождения педагогов

Технологические подходы, применяемые в системе психологического сопровождения педагогов, опираются на принципы процессного подхода. В рамках данного сопровождения выделяются ключевые направления:

- ✓ первичная и динамическая диагностика;
- ✓ предоставление информации;
- ✓ консультативная поддержка;
- ✓ обучение и развитие;
- ✓ психологическое сопровождение образовательного процесса.

Первичная и динамическая диагностика

Основной задачей данного процесса является выявление значимых психологических параметров, определяющих необходимость и приоритетные направления психологического сопровождения, а также мониторинг их изменений под воздействием реализуемых методов работы с педагогами.

Методы диагностики: наблюдение, беседа, тестирование.

Содержание диагностической деятельности варьируется в зависимости от возможностей психологической службы конкретного образовательного учреждения и потребности в глубине анализа психологических характеристик педагогического коллектива или отдельных его представителей.

Предоставление информации

Информационная поддержка направлена на ознакомление педагогов с особенностями работы с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, закономерностями профессионального взаимодействия, психологическими аспектами профессионального роста, спецификой профессиональных кризисов, проявлениями и механизмами эмоционального выгорания и стрессовых состояний, а также возможностями психологической поддержки для сохранения психологического благополучия.

Форматы организации: лекции, семинары, круглые столы.

Консультативная поддержка

Основная цель консультирования — оказание помощи педагогам в решении актуальных психологических вопросов, возникающих как в профессиональной деятельности, так и за её пределами.

В условиях работы с детьми с расстройствами аутистического спектра значительная часть консультаций направлена на совместный поиск психологически обоснованных стратегий взаимодействия с учащимися, включая преодоление деструктивных форм поведения, установление контакта, выстраивание продуктивного взаимодействия, а также сотрудничество с родителями.

В числе ключевых задач консультирования: снижение уровня психологического напряжения, формирование перспектив профессионального и личностного развития, совершенствование навыков саморегуляции и стрессоустойчивости, освоение методов тайм-менеджмента.

Применяемый метод: недирективное консультирование.

Обучение и развитие

Обучающие мероприятия в рамках психологического сопровождения педагогов направлены на :

1. углубление знаний о психологии детей с расстройствами аутистического спектра;
2. развитие и совершенствование навыков психолого-педагогического взаимодействия с детьми с РАС и их родителями;
3. повышение уровня компетентности во взаимодействии с участниками образовательного процесса (коллегами, администрацией, учениками и их родителями);
4. формирование психологической грамотности в вопросах саморазвития и саморегуляции;
5. повышение адаптационных ресурсов к профессиональной среде.

Форматы организации: тренинги, лекции, семинары, мастер-классы, индивидуальные и групповые консультации [27].

Хотя предложенные методологические ориентиры сопровождения педагогов, работающих с детьми с расстройствами аутистического спектра, обладают универсальностью, конкретные технологические решения могут варьироваться в зависимости от специфики образовательного учреждения. Их особенности определяются структурой управления, кадровым составом, приоритетными задачами, уровнем профессиональной подготовки специалистов и другими факторами.

Вопросы для самоконтроля

1. Какие трудности чаще всего испытывают педагоги при работе с детьми с РАС?
2. Как можно организовать условия сопровождения труда и профессионального развития педагогов, работающих с РАС?
3. Какие рекомендации даны по алгоритму организации условий сопровождения педагогов?
4. Какие блоки включает модель сопровождения труда и развития педагогов, работающих с РАС?
5. Какие основные процессы составляют систему сопровождения педагогов?
6. Разработайте семинар /мастер – класс / лекции для педагогов на тему «Специфика работы с детьми с РАС».

Темы Рефератов.

1. Развитие специальной педагогики в области в РК аутизма.
2. Современные тенденции коррекции аутизма в мире.
3. Нормативно-правовая база РК специального и инклюзивного образования. Реализация прав детей-аутистов.

Тест для самопроверки

1. Какой основной вывод делают современные исследования психологии педагогов относительно стресса и выгорания?
 - a) Работа с детьми с РАС является основным фактором стресса
 - b) Работа с детьми с РАС снижает уровень выгорания
 - c) Педагогическая деятельность в целом повышает риск эмоционального истощения
 - d) Работа с детьми с РАС не требует специальных методов сопровождения
 - e) Педагоги с опытом не испытывают стресса
2. Какой из перечисленных факторов НЕ относится к специфике работы педагогов с детьми с РАС?
 - a) Недостаточная практическая компетентность на начальном этапе
 - b) Высокая оплата труда, компенсирующая нагрузку
 - c) Полиморфизм проявлений аутизма
 - d) Трудности длительного взаимодействия с детьми
 - e) Сложности взаимодействия с родителями
3. Как определяется сопровождение педагогов по О.С. Литовченко?
 - a) Как процесс включения педагогов в управленческую деятельность
 - b) Как помощь в решении и предупреждении проблем образовательного процесса
 - c) Как метод строгого контроля деятельности педагогов
 - d) Как способ оценки профессионального уровня педагогов
 - e) Как инструмент финансового стимулирования
4. Какие основные задачи ставятся перед системой сопровождения педагогов?
 - a) Развитие новых образовательных стандартов
 - b) Улучшение материальной базы образовательного учреждения
 - c) Формирование нормативных требований к работе педагогов
 - d) Обеспечение психологического комфорта, самореализация, профилактика стресса и выгорания
 - e) Полный отказ от административного контроля
5. Какие этапы включает алгоритм организации условий сопровождения педагогов?
 - a) Планирование, организация, контроль
 - b) Диагностика, обучение, сертификация
 - c) Разработка учебных программ, мониторинг, отчетность
 - d) Создание рабочих групп, проведение собраний, анализ анкет
 - e) Выбор наставников, распределение обязанностей, итоговое тестирование
6. Какой метод НЕ входит в комплекс управления условиями труда педагогов?
 - a) Административные методы

- b) Экономические методы
 - c) Медицинская реабилитация
 - d) Психологические методы
 - e) Воспитательные методы
7. Какую роль играет включение педагогов в процесс планирования деятельности учреждения?
- a) Позволяет педагогам снизить свою рабочую нагрузку
 - b) Исключает необходимость руководства в принятии решений
 - c) Гарантирует всем педагогам повышение квалификации
 - d) Способствует осознанию значимости их роли в образовательном процессе
 - e) Делает педагогов ответственными за административные решения
8. Какой элемент НЕ относится к организационно-педагогическому блоку сопровождения?
- a) Психологическое консультирование педагогов
 - b) Подбор и распределение кадров
 - c) Обучение и повышение квалификации
 - d) Меры мотивации и стимулирования
 - e) Система оценки педагогических кадров
9. Какова основная цель консультативной поддержки педагогов?
- a) Контроль за их профессиональной деятельностью
 - b) Оказание помощи в решении актуальных психологических вопросов
 - c) Обучение управленческим навыкам
 - d) Введение новых стандартов педагогической деятельности
 - e) Оценка эффективности образовательных программ
10. Какие форматы организации обучения педагогов используются в рамках психологического сопровождения?
- a) Самостоятельное изучение материалов
 - b) Ежедневные экзамены по профессиональным стандартам
 - c) Тренинги, лекции, семинары, мастер-классы, консультации
 - d) Исключительно онлайн-курсы
 - e) Разовые разъяснительные беседы с администрацией

9. ЛЕКЦИЯ. Сопровождение родителей детей с расстройствами аутистического спектра в условиях непрерывного образования

9.1 Трудности, возникающие у родителей детей с РАС

Эффективная коррекционная работа и успешная адаптация ребёнка с расстройствами аутистического спектра невозможны без системной работы с его семьёй. Трудности развития и поведенческие особенности ребёнка становятся

значительным стрессовым фактором, который может привести к дезадаптации всех членов семьи. В процессе приспособления к новой жизненной ситуации зачастую происходит изменение структуры семейных отношений: усиливаются конфликты между супругами, повышается уровень социальной изоляции, истощаются психоэмоциональные ресурсы родителей. Важно, чтобы несмотря на высокий уровень стресса, родитель продолжал выполнять свои функции, осознавал цели, задачи и основные этапы коррекционной работы с ребёнком.

Ключевой целью специалистов является не только формирование у ребёнка с расстройствами аутистического спектра необходимых навыков, но и обеспечение условий для их применения в различных жизненных ситуациях: в семье, школе, общественных местах. Такой подход не только облегчает адаптацию самого ребёнка, но и способствует снижению уровня стресса у его родителей, создавая базу для дальнейшей коррекционно-развивающей деятельности. Итоговым результатом работы с родителями становится формирование самостоятельного, адаптированного семейного функционирования, при котором все её члены получают возможности для дальнейшего роста и развития [36].

Анализируя изменения, происходящие в семье, воспитывающей ребёнка с особенностями развития, можно выделить несколько ключевых аспектов: процесс адаптации к особенностям ребёнка, динамику детско-родительских отношений, а также характер взаимодействия родителей с профессиональными специалистами.

9.2 Кризис принятия ребенка с РАС родителями

Ключевой особенностью родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, включая детей с расстройствами аутистического спектра, является переживание кризиса, связанного с рождением особенного ребёнка. Этот кризис, проходящий через стадии отрицания, поиска виновных и принятия, отличается продолжительностью, эмоциональной нестабильностью и постоянным стрессом. Он сопровождается пересмотром значимых жизненных целей и перспектив, а также сложностями адаптации к новой реальности. В ряде случаев возможны конфликты в семье вплоть до её распада, ослабление социальных связей, включая дистанцирование от близких и внесемейного окружения. Кроме того, могут формироваться дезадаптивные или деструктивные модели родительского отношения к ребёнку[90].

На фоне кризиса у родителей постепенно возникает потребность в уточнении диагноза, поиске источников поддержки, компетентных специалистов и специализированных учреждений, способных оказать качественную реабилитационную помощь. В процессе сбора информации значительная её часть оказывается искажённой, неполной или не отражающей реальную ситуацию, что приводит к формированию завышенных ожиданий в отношении различных методов коррекционной работы. Родители детей с аутизмом часто испытывают

особенно выраженные противоречивые чувства и ожидания. Это связано с тем, что полноценная система помощи людям с аутизмом на протяжении всей жизни — от детства до старости — в настоящее время практически отсутствует.

Образовательные учреждения с устоявшимися моделями работы родители воспринимают с высокой степенью требовательности, что связано с феноменом «ожидания чуда». На формирование этих ожиданий существенно влияют медийные материалы и популярная литература, в которых акцентируются «необычные» способности людей с аутизмом, однако редко упоминается, что достижение ими полной самостоятельности, профессиональной реализации и семейной жизни — явление крайне редкое. Это также способствует тому, что интеллектуальные трудности ребёнка могут отрицаться, а его особенности объясняются исключительно диагнозом аутизма [91].

Дополнительное влияние оказывает знакомство родителей с зарубежными программами работы с аутичными детьми. Некоторые из таких моделей внедрены на государственном уровне в отдельных странах, и родители могут ошибочно полагать, что их можно беспрепятственно адаптировать в отечественной практике, игнорируя ограничения законодательства и ресурсов системы образования. Кроме того, они сталкиваются с большим количеством коммерческой информации, которая зачастую носит спекулятивный характер и формирует завышенные ожидания относительно эффективности специализированной помощи [57].

Совокупность этих факторов приводит к усилению невротизации родителей, развитию у них агрессивных моделей поведения и склонности блокировать нежелательную информацию о состоянии ребёнка. Всё это подчёркивает необходимость комплексного сопровождения родителей как одной из ключевых задач системы помощи детям с аутизмом в образовательных учреждениях.

9.3 Детско-родительские отношения в семье, имеющей ребенка с РАС

А. Е. Личко, исследуя акцентуации у подростков, выделяет характерные типы неправильного воспитания, которые встречаются во многих современных семьях, вне зависимости от индивидуальных особенностей развития ребёнка. Согласно его взглядам, такие стили воспитания могут способствовать возникновению психопатических черт личности, усугублять уже имеющиеся расстройства и создавать дополнительные трудности в развитии.

В число рассматриваемых типов неправильного воспитания входят [22]:

1. Гипопротекция, выражающаяся в недостаточном внимании, контроле и опеке со стороны родителей. Иногда контроль внешне присутствует, но на деле носит лишь формальный характер. Часто этот стиль сочетается с эмоциональным отвержением ребёнка.

2. Доминирующая гиперпротекция, при которой чрезмерная забота и контроль препятствуют формированию у ребёнка навыков самостоятельности и способности принимать решения.

3. Потворствующая гиперпротекция, превращающая ребёнка в центр семейной жизни. В этом случае его ограждают от любых трудностей и обязанностей, что формирует зависимость и неготовность к самостоятельной жизни.

4. Воспитание в условиях «культа болезни», когда вся семья сосредоточена на проблемах ребёнка, что способствует развитию у него эгоцентризма и неадекватной самооценки.

5. Эмоциональное отвержение, при котором ребёнок ощущает, что является нежелательным и мешает родителям. Иногда родители компенсируют это подчеркнутой заботой, но при этом остаётся нехватка искреннего эмоционального тепла.

6. Воспитание с повышенной моральной ответственностью, когда родители возлагают на ребёнка чрезмерные ожидания, связывая его успехи со своими нереализованными мечтами.

7. Противоречивый стиль воспитания, возникающий в семьях, где разные члены придерживаются несовместимых подходов, что приводит к конкуренции и конфликтам между взрослыми.

Многие из этих моделей воспитания характерны для семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

В семьях, где постепенно выявляются отклонения в развитии ребёнка, может формироваться перфекционистский стиль воспитания. В таком случае акцент смещается на достижение успехов, что приводит к усиленному контролю, жёсткости и постоянному порицанию. В результате ребёнок, не соответствующий завышенным требованиям, становится изгоем даже в собственной семье. Однако та же тенденция к избеганию проблемы может привести и к противоположной стратегии: родители начинают чрезмерно опекать ребёнка, ограждать его от любых трудностей, создавая условия, мешающие его развитию. В некоторых случаях, опасаясь негативной реакции, взрослые вовсе не предпринимают попыток мотивировать ребёнка и пробуждать у него инициативу.

При анализе особенностей семей, воспитывающих детей с РАС, важно учитывать явление созависимости. Это форма патологической симбиотической привязанности, проявляющаяся чрезмерной эмоциональной, социальной или даже физической зависимостью от другого человека.

Одна из стратегий поведения в созависимых отношениях — тотальный контроль. В семьях, где воспитываются дети с отклонениями в развитии, взрослые часто берут на себя ответственность за все аспекты жизни ребёнка, не позволяя ему принимать самостоятельные решения. Иногда этот контроль становится чрезмерно жёстким, что даёт членам семьи чувство собственной значимости. Однако такой стиль воспитания приводит к тому, что любые проявления индивидуальности ребёнка осуждаются, если они не соответствуют ожиданиям родителей[92].

Второй вариант стратегии созависимых отношений — гиперопека, связанная с постоянной защитой ребёнка от внешнего мира. Родители могут ограничивать его контакты с окружающими, полагая, что общество не примет его особенности. Иногда гиперопека выражается в изоляции от повседневных задач, академических и социальных обязанностей, что мешает ребёнку адаптироваться к жизни.

Исследования показывают, что в семьях, воспитывающих детей с РАС, наблюдается высокая частота эмоциональных конфликтов. Источники этих проблем могут быть разными, однако во многих случаях они способствуют возникновению деструктивных моделей поведения внутри семьи. Взаимосвязь между типом нарушения у ребёнка и особенностями внутрисемейного взаимодействия сложно объяснить в причинно-следственном ключе, поскольку она носит более сложный характер. По этой причине неправомерно возлагать ответственность за проблемы только на родителей. Большинство из них, независимо от условий, стремятся обеспечить своему ребёнку благополучие и создать все возможные условия для его успешного развития[93].

9.4. Этапы сопровождения родителей детей с РАС

При сопровождении родителей можно выделить несколько ключевых этапов, определяющих его содержание [46]:

1. Этап предадаптации. Охватывает короткий, но крайне значимый в психологическом плане промежуток времени, который предшествует поступлению ребёнка в образовательное учреждение. Это этап формирования первичного восприятия, которое во многом влияет на готовность родителей к взаимодействию и определяет их ожидания от предстоящего процесса. Часть родителей заранее изучает информацию из открытых источников, осознанно выбирает учреждение, посещает его, задавая важные вопросы и формируя представление о возможных перспективах. Другие знакомятся с учреждением только после получения направления от психолого-медико-педагогической комиссии. Вне зависимости от исходной ситуации важно создать у родителей предварительное, но при этом достаточно полное и логичное представление о принципах работы учреждения, используемых методах и его возможностях. Необходимо ознакомить их с основными аспектами организации образовательного процесса, а также сформировать первичное представление об ожиданиях в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе. При этом важно подчеркнуть сложность прогнозирования дальнейшего развития событий, но одновременно создать уверенность в том, что коллектив учреждения сделает всё возможное для раскрытия потенциала ребёнка и достижения максимальных результатов с учётом его индивидуальных возможностей. Эффективность решения задач, связанных с обучением, воспитанием, коррекцией

и социализацией, во многом зависит от уровня мотивационной готовности родителей к конструктивному сотрудничеству.

2. Этап адаптации. Основная задача этого этапа — формирование и постепенное углубление представлений родителей о структуре образовательного учреждения, деятельности специалистов, образовательных программах, возможностях среды, режиме дня, питании и других значимых аспектах. Важную роль в этом периоде играют первое родительское собрание и первая психолого-медико-педагогическая консультация. Общее родительское собрание, проводимое в начале учебного года, имеет существенное значение, так как создаёт у родителей ощущение принадлежности к сообществу, объединённому схожими жизненными обстоятельствами. Важным моментом является присутствие родителей, уже имеющих опыт взаимодействия с учреждением, поскольку их мнения и советы оказываются более убедительными для новичков, чем рекомендации специалистов. На собрании продолжается знакомство с руководством, педагогами, способами взаимодействия с представителями администрации учреждения и муниципальных органов управления образованием. Представляются новые образовательные возможности, материально-технические ресурсы, обсуждаются стратегические направления развития учреждения, увязанные с образовательной политикой на городском и государственном уровнях. После общего собрания целесообразно проводить классные (или групповые) встречи, позволяющие педагогам ответить на частные вопросы, уточнить информацию и создать условия для неформального общения родителей между собой. Первая психолого-медико-педагогическая консультация направлена на ознакомление родителей с индивидуальной программой работы с ребёнком, целями обучения, воспитания и коррекции, а также с планом сопровождения. Важным аспектом становится достижение взаимопонимания между родителями и специалистами. Для этого создаются условия для обсуждения различных вариантов решения задач и согласования ключевых позиций. Обычно консультация состоит из двух частей: закрытого профессионального анализа и открытой дискуссии, которая завершается подписанием программных документов всеми участниками. В некоторых случаях в адаптационный период организуется совместное пребывание родителей с детьми в образовательном учреждении, особенно если ребёнок испытывает трудности с адаптацией. Эта практика широко применяется при наличии выраженной симбиотической связи между родителем и ребёнком, что часто встречается при некоторых формах аутизма. В дальнейшем сохранение принципа открытости образовательного процесса позволяет родителям лучше понимать методы работы с детьми, а также способствует их информированию и обучению. Важнейшим элементом этого этапа является предоставление родителям информации о расстройствах аутистического спектра, их клинико-психологических особенностях, а также реальных возможностях коррекции и образования. Для этого организуются

ознакомительные семинары, посвящённые адаптированным образовательным программам, инклюзивному обучению и внешкольным формам социализации детей. Оптимальным временем для проведения таких мероприятий является вечернее время, когда родители могут не только получить информацию, но и задать вопросы специалистам.

3. Этап штатного сопровождения.

Основными целями этого этапа являются:

1. организация постоянного взаимодействия между родителями и специалистами;

2. обеспечение качества образовательного процесса. Ключевым фактором эффективности является высокая мотивация родителей к выполнению рекомендаций специалистов не только в рамках учебного процесса, но и в домашних условиях, в период выходных и каникул. Достижение этого уровня мотивации требует формирования реалистичных ожиданий в отношении коррекции аутистических проявлений, сроков достижения результатов и устойчивости приобретённых навыков. Важнейшими направлениями работы являются:

3. просвещение и обучение родителей;

4. индивидуальное психологическое сопровождение. Образовательные мероприятия для родителей реализуются в различных формах: родительские собрания, семинары, открытые уроки. На данном этапе семинары приобретают более узкую направленность, охватывая конкретные аспекты работы специалистов, методы и приёмы, применяемые в образовательном процессе, а также рекомендации по домашнему обучению и поддержке ребёнка в повседневной жизни. Важно обучать родителей навыкам взаимодействия с ребёнком в ситуациях стресса, стереотипного поведения, агрессии, страха. Индивидуальное сопровождение родителей включает консультирование по вопросам особенностей поведения ребёнка, его эмоциональных реакций и развития. При наличии запроса специалисты также оказывают психологическую поддержку самим родителям.

4. Этап подготовки к выпуску. Этот этап особенно важен, так как родители испытывают тревогу перед переводом ребёнка в новое образовательное учреждение. Они опасаются изменений среды, отношения педагогов, новых социальных контактов. Основной задачей сопровождения становится снижение тревожности через консультации, информирование и беседы с представителями администрации. Современные технологии позволяют наладить обмен информацией между учреждениями, что способствует подготовке педагогов к работе с особыми детьми, а также созданию преемственности в образовательных программах и сопровождении. Ознакомление родителей с условиями дальнейшего обучения помогает им адаптироваться к изменениям и психологически подготовиться к новому этапу жизни ребёнка.

9.5. Взаимодействие родителей и специалистов

В обществе сложился устойчивый образ специалистов, таких как врачи, характеризующийся профессиональным превосходством. Данное превосходство подразумевает элементы наставничества и контроля: эксперт самостоятельно определяет, что является наилучшим решением для клиента, и предоставляет только ту информацию, которая необходима в рамках лечения. Родители, воспринимающие этот образ как норму, могут относиться к врачам с почтением, иногда даже с благоговением, и следовать их рекомендациям без возражений.

Однако в современных условиях, где роль потребителя приобретает все большее значение, влияние специалистов ослабевает. Подход, ориентированный на потребителя, приводит к более формализованным и обезличенным взаимоотношениям между врачами и пациентами, что, в свою очередь, снижает уровень доверия. Интересно, что учителя вызывают у родителей большую симпатию по сравнению с другими профессионалами. Однако отношения с педагогами могут быть омрачены личными негативными школьными воспоминаниями родителей. Кроме того, из-за значительного времени, проводимого учителем с ребенком, родители могут воспринимать его как конкурента в вопросах воспитания, уважения и внимания ребенка. Если ценности учителя расходятся с родительскими, это может вызывать неприятие.

При столкновении с проблемами своего ребенка родители зачастую испытывают тревогу и ощущение беспомощности. Они оказываются не подготовлены к воспитанию ребенка с особыми потребностями и склонны полностью доверять профессионалам. Однако со временем, особенно если специалисты не предоставляют достаточных рекомендаций или информации, родители могут усомниться в их авторитете. Таким образом, профессиональный статус не является врожденным – он требует подтверждения через образование и практическую деятельность [94].

Важно отметить, что специалисты, работающие с детьми с особыми потребностями, сознательно выбрали свою профессию. В отличие от родителей, которым приходится справляться с ситуацией ежедневно, специалисты занимаются этой сферой добровольно – по причине научного интереса, желания помочь, финансовых факторов или иных мотивов. Родители, которые вынуждены решать проблемы своих детей круглосуточно, могут испытывать раздражение по отношению к тем, кто сталкивается с их проблемами лишь в рамках рабочей деятельности.

Также стоит учитывать, что профессиональная деятельность специалистов становится все более узкоспециализированной. Родители ожидают от педагогов компетентности в области образования, но не требуют от них знаний в сфере медицины. В то же время, учителя, врачи, психологи, логопеды и другие специалисты имеют четко определенные сферы компетенции. Однако родители не всегда осознают эти различия и могут испытывать трудности в выборе нужного

специалиста. При этом для них важно видеть ребенка не только как обладателя определенного диагноза, но и как личность, обладающую разными социальными ролями – сына, внука, ученика. Родители, как правило, ценят, если врач интересуется школьными успехами их ребенка, а учитель проявляет понимание к его медицинским проблемам[95].

Некоторые специалисты могут проявлять предвзятое отношение к детям с особыми потребностями и их семьям. Они не всегда испытывают положительные эмоции от работы с такими детьми и могут бессознательно стигматизировать их.

Стигматизация включает в себя несколько аспектов:

- Обществом таким людям отводится отдельное место, их поощряют к общению преимущественно с себе подобными.
- Они воспринимаются большинством как люди с более низким статусом.
- Их изоляция оправдывается заботой об их благополучии.
- Их оценивают не по личностным качествам, а через принадлежность к определенной группе.

Многие специалисты, которые склонны к стигматизации, не имели опыта взаимодействия с детьми с особыми потребностями ни в профессиональной среде, ни в личной жизни. При работе с такими семьями они могут испытывать чувство неуверенности и безнадежности. Исследования показывают, что специалисты иногда воспринимают ситуацию семьи более пессимистично, чем сами родители, или недооценивают их способность эффективно справляться с воспитанием ребенка.

Иногда специалисты рекомендуют помещать детей с особыми потребностями в интернаты не потому, что семья не справляется, а в силу собственного негативного восприятия таких детей. В таких случаях специалисты могут проецировать свои убеждения на родителей, не учитывая их собственного восприятия ситуации.

Тип нарушений ребенка также влияет на отношение к нему. Например, к умственной отсталости у некоторых специалистов отношение более предвзятое, чем к физическим особенностям. Некоторые нарушения вызывают больше стигматизации, чем другие: специалисты чаще воспринимают родителей детей с интеллектуальными особенностями позитивнее, чем родителей детей с психическими расстройствами.

Семьи с детьми с особенностями развития зачастую изначально воспринимаются как дисфункциональные и требующие вмешательства. Специалисты рассматривают свою роль как исправление семейных ошибок, таких как гиперопека, излишняя снисходительность или агрессивное поведение. Если родители не справляются, это нередко объясняется их неспособностью принять ребенка или их собственными психологическими проблемами. В отдельных случаях такие объяснения оправданы, но в целом они не позволяют адекватно

понять сложности, с которыми сталкиваются родители детей с особыми потребностями.

Повышение уровня осведомленности родителей о своих правах и развитие навыков их защиты – важные этапы на пути к созданию партнерских отношений между родителями и специалистами. В таких отношениях внимание сосредоточено на потенциале родителей в развитии их ребенка. Современные специалисты осознают, что семьи, воспитывающие детей с особыми потребностями, обладают значительными внутренними ресурсами. Они изучают, каким образом процесс преодоления трудностей связан с индивидуальными и социальными факторами[96].

Многие профессионалы признают, что, работая с родителями, они оказывают на них значительное моральное и практическое влияние. Это делает родителей уязвимыми перед манипуляциями со стороны специалистов. Важно, чтобы специалисты избегали давления и запугивания, за исключением самых критических ситуаций, когда речь идет о грубых нарушениях в воспитании. Если между специалистом и родителями возникают разногласия, профессионал имеет право аргументированно убеждать родителей, помогая им пересмотреть свое видение будущего ребенка [56].

Таким образом, специалисту необходимо не только выполнять свою профессиональную функцию, но и учитывать точку зрения родителей. Он должен понимать их ожидания, потребности и принимать социально-системный подход, рассматривающий ребенка не изолированно, а в контексте семьи и общества. Также специалисту важно проявлять уважение к эмоциональному состоянию родителей, учитывать их защитные механизмы и не сводить свою работу к выдаче стандартных рекомендаций.

Вопросы для самоконтроля

1. С какими трудностями сталкиваются родители детей с РАС?
2. Как проявляется кризис принятия диагноза у родителей ребенка с РАС?
3. Какие этапы включает сопровождение родителей детей с РАС?
4. Каковы формы и содержание взаимодействия между родителями и специалистами?
5. Разработайте семинар /лекцию для родителей детей РАС на тему «Мой ребенок», «Выбор стратегии развития ребенка с РАС», «Первые занятия с ребенком РАС: поиск мотивации».

Темы Рефератов.

1. Организация взаимодействия с родителями дошкольников РАС
2. Психологическое сопровождение семей, имеющих детей с ранним детским аутизмом
3. Роль родителя в развитии ребенка с РАС.

Тест для самопроверки

1. Какая ключевая цель специалистов при работе с родителями детей с РАС?
 - a) Развитие интеллектуальных способностей ребенка
 - b) Повышение уровня социальной активности родителей
 - c) Создание условий для применения полученных навыков в различных жизненных ситуациях
 - d) Контроль за соблюдением режима дня ребенка
 - e) Устранение всех поведенческих проблем ребенка
2. Какой этап кризиса принятия ребенка с РАС обычно наступает первым?
 - a) Поиск поддержки у специалистов
 - b) Отрицание
 - c) Принятие
 - d) Поиск виновных
 - e) Социальная адаптация
3. Какое влияние на родителей оказывает отсутствие полноценной системы помощи людям с аутизмом?
 - a) Усиливает желание самостоятельно обучать ребенка
 - b) Снижает уровень тревожности
 - c) Способствует формированию завышенных ожиданий в отношении методов коррекции
 - d) Улучшает качество семейного взаимодействия
 - e) Уменьшает уровень эмоционального напряжения
4. Какой стиль воспитания характеризуется недостаточным вниманием и контролем со стороны родителей?
 - a) Доминирующая гиперпротекция
 - b) Потворствующая гиперпротекция
 - c) Гипопротекция
 - d) Эмоциональное отвержение
 - e) Воспитание с повышенной моральной ответственностью
5. Чем характеризуется созависимость в семьях, воспитывающих детей с РАС?
 - a) Полным отсутствием контроля
 - b) Тотальным контролем или гиперопекой
 - c) Принятием всех решений исключительно ребенком
 - d) Полным отказом от участия в жизни ребенка
 - e) Равномерным распределением обязанностей между родителями и ребенком
6. Какой этап сопровождения родителей предшествует поступлению ребенка в образовательное учреждение?
 - a) Этап адаптации
 - b) Этап штатного сопровождения
 - c) Этап подготовки к выпуску

d) Этап предадаптации

e) Этап кризиса

7. Какой фактор особенно влияет на формирование у родителей «ожидания чуда»?

a) Опыт общения с другими родителями

b) Личное наблюдение за прогрессом ребенка

c) Популярные медийные материалы и литература

d) Повышенный уровень образования родителей

e) Отзывы специалистов

8. Какой стиль воспитания связан с возложением на ребенка чрезмерных ожиданий, основанных на нереализованных мечтах родителей?

a) Противоречивый стиль воспитания

b) Гипопротекция

c) Воспитание с повышенной моральной ответственностью

d) Потворствующая гиперпротекция

e) Культ болезни

9. Почему родители детей с РАС могут воспринимать образовательные учреждения с высокой требовательностью?

a) Из-за негативного опыта общения с педагогами

b) Из-за феномена «ожидания чуда»

c) Из-за необходимости получать дополнительные финансовые вложения

d) Из-за желания контролировать работу специалистов

e) Из-за недоверия к методам инклюзивного обучения

10. Какой основной проблемой в современных взаимоотношениях родителей и специалистов является снижение их авторитета?

a) Формализация и обезличенность взаимодействия

b) Недостаточная квалификация специалистов

c) Полное отсутствие информационной поддержки

d) Нежелание родителей участвовать в воспитательном процессе

e) Конфликты на личной почве

Заключение к Модулю 5.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в образовательной организации — это многоуровневая система мер, направленных на создание условий, способствующих развитию, обучению и социализации таких детей. Освоение содержания модуля позволяет специалисту выстраивать стратегию сопровождения с учётом образовательной, психологической и социальной составляющих.

Одним из ключевых аспектов эффективного сопровождения является понимание специфики образовательных потребностей детей с РАС. Часто такие дети нуждаются в адаптированных образовательных программах, изменении темпа и стиля подачи информации, использовании визуальных опор, чёткой структуры урока и режима дня. Психолог должен активно участвовать в разработке и реализации индивидуального маршрута сопровождения, учитывая сильные и слабые стороны ребёнка, его поведенческие особенности, уровень коммуникации и когнитивного развития.

Важную роль играет организация среды. Образовательное пространство должно быть безопасным, предсказуемым, организованным таким образом, чтобы минимизировать сенсорные перегрузки и способствовать концентрации внимания. Специалисты, включая педагогов, тьюторов, логопедов и психологов, совместно разрабатывают план включения ребёнка в учебный и социокультурный процесс, что требует высокого уровня междисциплинарного взаимодействия.

Особого внимания заслуживает сопровождение педагогов. Работа с детьми с РАС может быть эмоционально и профессионально трудной, особенно при отсутствии специальной подготовки. Психолог должен проводить обучение педагогов по вопросам специфики РАС, предлагать стратегии управления поведением, а также оказывать поддержку при возникновении трудностей в образовательном процессе. Регулярные супервизии, методические семинары, кейс-консультации позволяют педагогам чувствовать себя уверенно и эффективно взаимодействовать с такими детьми.

Родители являются полноправными участниками процесса сопровождения. Психологическая поддержка, консультирование, совместное обсуждение образовательного маршрута ребёнка, привлечение к коррекционной и развивающей деятельности помогают сформировать единое образовательное пространство, в котором соблюдается преемственность между домом и школой. Установление партнёрских отношений между семьёй и образовательной организацией существенно повышает эффективность работы с ребёнком.

Необходимо учитывать и важность диагностики в процессе сопровождения. Регулярный мониторинг динамики развития ребёнка, уровня адаптации, академических успехов и эмоционального состояния позволяет своевременно

вносить изменения в программу сопровождения и предотвращать возможные трудности.

Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение детей с РАС в условиях образовательной среды должно быть системным, индивидуализированным и ориентированным на личностный рост, социальную адаптацию и реализацию потенциала каждого ребёнка. Только в условиях чётко выстроенного взаимодействия между всеми участниками образовательного процесса — ребёнком, семьёй, педагогами и специалистами сопровождения — возможно достижение реальных позитивных изменений в жизни ребёнка с расстройствами аутистического спектра.

Учебные кейсы

МОДУЛЬ 1. Основы поведенческой терапии

Кейс 1. «Падает на пол при просьбе» — оперантное обусловливание

Мальчик 5 лет с РАС каждый раз падает на пол, когда взрослый произносит просьбу: «Убери игрушки». Поведение стабильно, родитель невольно даёт ему планшет, чтобы «успокоить».

Вопрос: Как перестроить систему подкреплений и что использовать — угасание, дифференцированное подкрепление или обучение запросам?

Кейс 2. «Страх фена» — классическое обусловливание и десенситизация

Ребёнок 4 лет избегает ванную комнату из-за шума фена: плачет, выбегает, закрывает уши.

Вопрос: Постройте план систематической десенситизации и укажите возможные риск-факторы.

Кейс 3. «Имитация отсутствует» — моделирование как стратегия

Девочка 6 лет с РАС не повторяет жесты и звуки за взрослым. При прямых просьбах — уход и избегание.

Вопрос: Какие элементы моделирования и видеомоделирования будут уместны в первых сессиях?

Кейс 4. «Грызёт рукав» — самоконтроль и замена поведения

В течение дня ребёнок 7 лет многократно грызёт рукава. Родители считают это «зрячеством».

Вопрос: Какие техники самоконтроля и какие замещающие действия можно ввести?

Кейс 5. «Приступ агрессии при запрете сладкого» — позитивное/негативное подкрепление

При ограничении сладкого мальчик 8 лет начинает бить родителя по рукам. Родитель отдаёт сладость, чтобы «избежать очередного скандала».

Вопрос: Как перестроить контингент последствий?

МОДУЛЬ 2. Психофизиология и развитие детей с РАС

Кейс 6. «Не реагирует на имя» — сенсорные и нейрофизиологические основания

Ребёнку 3,5 года неоднократно произносят имя — реакции нет. На музыку и шум — реакция есть.

Вопрос: Какие гипотезы (сенсорные, когнитивные, коммуникативные) выдвигаете? Какие тесты/наблюдения нужны?

Кейс 7. «Регресс речи после болезни»

Ребёнок 2,8 попал в больницу, после стресса перестал использовать слова, которые ранее были. Мама говорит: «Он будто выключился».

Вопрос: Какие теории развития (исполнительные функции, социальное познание, центральная когерентность) могут объяснить регресс?

Кейс 8. «Не переносит прикосновений к волосам» — сенсорный профиль

Во время причёсывания ребёнок 5 лет кричит, убегает, закрывает голову руками.

Вопрос: Какие сенсорные каналы в дефиците/перегрузке? Как подтвердить гипотезу?

Кейс 9. «Гиперзрительное сканирование»

Подросток 12 лет с РАС постоянно смотрит на мельчайшие детали, не фиксирует взгляд на лице собеседника.

Вопрос: Свяжите поведение с теориями центральной когерентности и теорией зеркальных нейронов.

Кейс 10. «Нет реакции на музыку» — нарушения слухового анализатора?

Ребёнок 4 лет при музыке, речевых обращениях и бытовых звуках не реагирует, но реагирует на вибрацию.

Вопрос: Какие отличия между сенсорной гипочувствительностью и патологией слуховой системы?

МОДУЛЬ 3. Психодиагностика детей с РАС**Кейс 11. «Мама требует диагноз немедленно»**

Мать 3-летнего ребёнка на первом приёме просит: «Сразу скажите — аутизм или нет».

Вопрос: Какие этапы диагностики и этические ограничения необходимо проговорить?

Кейс 12. «Непереносимость тестовой ситуации»

При попытке дать методику на внимание ребёнок 6 лет начинает закрывать папку, убегать и прятаться под стол.

Вопрос: Как адаптировать диагностическую среду? Какие методы разрешены при РАС?

Кейс 13. «Скрининг в детском саду»

Педагог прислал список детей с «подозрительными» особенностями и просит «проверить всех».

Вопрос: Как проводится ранний скрининг? Какие вопросы этики конфиденциальности встают?

Кейс 14. «Похожие симптомы: РАС или задержка речи?»

Мальчик 3 лет не говорит, часто использует жесты. Мама уверена: «Это точно аутизм».

Вопрос: Какие дифференциальные критерии учитываете?

Кейс 15. «Ребёнок не идёт на контакт в ПМПК»

На ПМПК ребёнок полностью безучастен: не включает совместное внимание, не

выполняет инструкции, сидит спиной.

Вопрос: Как корректно организовать диагностику с опорой на наблюдение и АВА-аналитику?

МОДУЛЬ 4. Коррекционно-развивающая работа

Кейс 16. «Не сидит за столом более 30 секунд» — сенсорная интеграция + оперантное обучение

Ребёнок 4 лет в АВА-занятиях вскакивает каждые полминуты.

Вопрос: Какие элементы сенсорной подготовки и какое расписание подкреплений использовать?

Кейс 17. «Самостимуляции руками»

Подросток 13 лет постоянно трясёт руками перед глазами. Учителя жалуются: «Это отвлекает класс».

Вопрос: Как использовать функциональный анализ и замещающее поведение?

Кейс 18. «Проблемы с переходами» — эмоционально-уровневый подход

Каждый переход (дом → машина, класс → столовая) вызывает истерику.

Вопрос: Какие уровни эмоциональной регуляции задействованы? Какие техники подходят?

Кейс 19. «Не ест кусковую пищу» — сенсорные и моторные факторы

Ребёнок 5 лет принимает только пюре. При попытке дать кусочки — рвотный рефлекс.

Вопрос: Как работать поэтапно? Какие методы опасны и должны быть исключены?

Кейс 20. «Семья игнорирует рекомендации»

Родители не выполняют домашние задания, говорят: «Вы же специалист, занимайтесь сами».

Вопрос: Как работать с семьёй, сохраняя границы, но повышая вовлечённость?

Какие принципы коррекции затронуты? **МОДУЛЬ 5. Психолого-педагогическое сопровождение детей с РАС**

Кейс 21. «Инклюзивный класс»

Ребёнок 7 лет с РАС впервые посещает общий класс. Он избегает сверстников и не участвует в совместной деятельности.

Задача: Составить план включения ребёнка в образовательный процесс и социальное взаимодействие, определить стратегии постепенной адаптации.

Кейс 22. «Неподготовленные педагоги»

Учителя жалуются, что не знают, как работать с ребёнком с РАС. Он часто отвлекает класс, нарушает режим.

Задача: Разработать сопровождение педагогов и рекомендации по адаптации учебного процесса.

Кейс 23. «Ресурс класса»

В школе есть сенсорный уголок и компьютер для тренировки социальных навыков.

Задача: Определить, как использовать средовые ресурсы обучения для развития ребёнка с РАС.

Кейс 24. «Социальная интеграция»

Ребёнок 9 лет избегает групповых игр на переменах, предпочитает сидеть один.

Задача: Выбрать методы развития социально-коммуникативных навыков и план постепенной интеграции.

Кейс 25. «Комплексное сопровождение»

Ребёнок 10 лет с РАС получает одновременно психологическую помощь, логопедические занятия и занятия по сенсорной интеграции.

Задача: Составить план комплексного сопровождения, координируя работу специалистов и родителей.

Кейс 26. «Родители конфликтуют с педагогами»

Родители ребёнка 8 лет настаивают на индивидуальных занятиях и критикуют педагогов.

Задача: Разработать стратегию сопровождения родителей, объяснить цели инклюзивного обучения.

Кейс 27. «Отсутствие мотивации у педагога»

Учитель начальных классов говорит, что «не видит смысла» работать с ребёнком с РАС.

Задача: Выбрать методы мотивации педагогов и формирование профессиональной ответственности.

Кейс 28. «Непрерывное сопровождение»

Ребёнок 6 лет проходит детсад → школу → продлёнку. Каждое место — новые педагоги и требования.

Задача: Определить, как обеспечить преемственность сопровождения и непрерывное наблюдение.

Кейс 29. «Доступ к учебным материалам»

Ребёнок с РАС плохо ориентируется в школьных учебниках и тетрадях.

Задача: Предложить адаптированные материалы и методы сопровождения обучения.

Кейс 30. «Сотрудничество с командой специалистов»

Школьный психолог, логопед и дефектолог работают с ребёнком отдельно, без координации.

Задача: Составить план командного сопровождения, установить коммуникацию между специалистами, оценить эффективность работы.

Заключение

Учебное пособие «Психолого-педагогическая поддержка детей с расстройствами аутистического спектра: от психодиагностики до коррекционной работы» представляет собой комплексное методическое издание, направленное на формирование у обучающихся целостного представления о теоретических основах и практических подходах к сопровождению детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в условиях современного образовательного пространства. Пособие системно освещает ключевые аспекты данной темы — от анализа клинических и поведенческих проявлений РАС до конкретных диагностических, коррекционных и образовательных стратегий, реализуемых специалистами в междисциплинарном взаимодействии.

Пособие включает пять модулей, каждый из которых последовательно раскрывает важные направления работы с детьми с РАС:

1. введение в проблематику и этиологию расстройств;
2. диагностику, включая психолого-педагогическое и клиническое обследование;
3. методы поведенческой коррекции и прикладного анализа поведения (АВА);
4. разработку индивидуальных образовательных маршрутов;
5. сопровождение ребёнка в образовательной организации и взаимодействие с семьёй.

Материал изложен доступно и логично, что позволяет использовать его как в процессе освоения теоретического содержания, так и при прохождении практики или выполнении курсовых и выпускных квалификационных работ. Пособие ориентировано на формирование профессиональных компетенций у будущих педагогов-психологов, логопедов, дефектологов, социальных педагогов, а также у специалистов системы дополнительного и инклюзивного образования. Оно помогает обучающимся овладеть навыками диагностики, планирования и реализации коррекционно-развивающих мероприятий, а также выстраивания индивидуальных траекторий обучения и социализации ребёнка с РАС.

Содержательная часть пособия имеет тесные междисциплинарные связи с клинической и возрастной психологией, нейропсихологией, логопедией, педагогикой, психиатрией, специальной педагогикой и социальной работой. Это делает возможным его использование в различных образовательных программах, включая смежные профили подготовки. Кроме того, пособие способствует формированию системного подхода к пониманию проблем развития и образования детей с особыми образовательными потребностями.

Особо следует отметить, что в пособии представлены актуальные мировые тенденции в сопровождении детей с РАС: применение методов прикладного анализа поведения, визуальной поддержки, систем альтернативной коммуникации (PECS, AAC), а также интеграция сенсорных и когнитивных методик. Авторы

акцентируют внимание на этико-ориентированном и гуманистическом подходе в работе с ребёнком, что соответствует современным стандартам профессиональной деятельности в области образования и психологии.

Рекомендации по дальнейшему изучению дисциплины включают:

- освоение методов наблюдения и интервьюирования при работе с родителями и педагогами;
- изучение подходов к формированию адаптивного поведения и эмоциональной регуляции;
- применение цифровых технологий и мобильных приложений в сопровождении детей с РАС;
- развитие компетенций в области семейного консультирования и психопросвещения;
- участие в научно-исследовательских проектах по теме РАС;
- анализ кейсов и реализация проектных заданий по разработке индивидуальных программ.

Пособие также ориентировано на решение практических задач, с которыми сталкиваются специалисты в образовательных организациях. Оно может быть полезно при составлении индивидуальных образовательных маршрутов, планировании коррекционно-развивающих мероприятий, организации психолого-педагогического консилиума, консультировании родителей, а также при подготовке отчётной документации в рамках инклюзивного сопровождения.

Таким образом, учебное пособие не только обобщает современные научные и практические данные в области психолого-педагогического сопровождения детей с РАС, но и служит методическим ориентиром для профессиональной деятельности специалистов, работающих в системе образования. Оно способствует повышению качества подготовки кадров, развитию исследовательской и проектной деятельности, формированию у обучающихся способности к рефлексии, принятию профессионально значимых решений и устойчивой мотивации к работе с детьми с особыми образовательными потребностями.

Учебное издание открывает широкие перспективы для его дальнейшего применения в образовательной практике, методической работе, а также в качестве базы для создания новых учебно-методических продуктов, ориентированных на инклюзивное образование и поддержку детей с РАС.

ГЛОССАРИЙ

ABA (ABA, Applied Behavior Analysis) – прикладной анализ поведения, научно обоснованный подход, направленный на изменение социально значимого поведения с использованием принципов оперантного обусловливания.

Аутистический спектр – обобщённый термин для группы нейроразвитийных нарушений, характеризующихся трудностями в социальной коммуникации, ограниченными интересами и повторяющимся поведением.

Базальная эмоциональная регуляция – система биологических и психологических механизмов, обеспечивающая способность управлять эмоциональными состояниями в ответ на внешние и внутренние стимулы.

Восприятие пространственно-временных характеристик – способность человека ориентироваться в пространстве и времени, нередко нарушенная у детей с РАС, что влияет на их повседневную активность и поведение.

Гирификация – процесс формирования извилин головного мозга; атипичная гирификация может свидетельствовать о нейроразвитийных нарушениях, включая аутизм.

Дифференциальная диагностика – комплексная оценка с целью разграничения РАС от других расстройств (например, ЗПР, СДВГ, шизофрении детского возраста).

Зеркальные нейроны – нейрофизиологические структуры, участвующие в имитации, сопереживании и понимании намерений других; их дисфункция рассматривается как один из нейробиологических механизмов РАС.

Индивидуальная образовательная программа (ИОП) – документ, фиксирующий цели, содержание, методы и формы обучения ребёнка с ОВЗ, адаптированные к его возможностям и особенностям.

Когнитивные процессы – психические процессы, обеспечивающие познание мира: внимание, восприятие, память, мышление, речь. У детей с РАС они часто развиваются неравномерно.

Коррекционно-развивающая работа – система целенаправленных действий, направленных на преодоление или уменьшение нарушений развития и формирование новых навыков у детей с РАС.

Методы самоконтроля – поведенческие техники, направленные на обучение ребёнка самостоятельно регулировать своё поведение посредством заданных стратегий.

Наказание – метод воздействия, предполагающий уменьшение вероятности повторения нежелательного поведения за счёт негативных последствий, применяется строго с соблюдением этических норм.

Позитивное подкрепление – введение положительного стимула сразу после желаемого поведения для увеличения частоты его проявления.

Прикладной анализ поведения (ABA) – поведенческая терапия,

использующая научные методы для систематического изменения поведения с целью улучшения адаптации.

РАС (расстройства аутистического спектра) – группа расстройств психического развития, объединённых общей симптоматикой: дефицитом социальной коммуникации и повторяющимся поведением.

Сенсорная интеграция – процесс обработки сенсорной информации центральной нервной системой. Нарушения этого процесса характерны для детей с РАС и проявляются в виде гипер- или гипореактивности на сенсорные раздражители.

Скрининг – метод массового обследования для раннего выявления возможных нарушений, в том числе признаков РАС у детей младшего возраста.

Социальное научение – усвоение поведения через наблюдение, подражание и взаимодействие с другими людьми; у детей с РАС эта способность может быть снижена.

Структурно-уровневый подход – концепция коррекционной работы, основанная на понимании иерархии развития психических функций и их уровневой организации.

Техника десенситизации – метод поведенческой терапии, направленный на постепенное снижение тревожной или фобической реакции путём пошагового приучения к стрессовому стимулу.

Томатис-терапия – метод коррекции, основанный на стимуляции слуховой системы через специально обработанные звуки; применяется у детей с нарушениями коммуникации и сенсорной дезинтеграцией.

Функциональная коннективность – согласованность активности различных отделов мозга, обеспечивающая целостное восприятие и интеграцию информации.

Эмоционально-уровневая терапия – метод психологической коррекции, направленный на развитие эмоционального реагирования, выстраивание эмоционального контакта и преодоление регрессии.

Атипичная активация мозга – нехарактерные для нормы зоны или режимы работы мозга, выявляемые с помощью нейровизуализации; характерна для ряда детей с РАС, особенно при выполнении социальных или коммуникативных задач.

Биомаркеры аутизма – биологические показатели (например, генетические, метаболические, нейрофизиологические), способные служить объективными критериями диагностики или прогноза РАС.

Генно-средовая архитектура – взаимодействие генетических и средовых факторов в развитии РАС, подчеркивающее важность как наследственности, так и условий жизни и воспитания.

Когнитивное реструктурирование – метод когнитивно-поведенческой терапии, направленный на изменение неадаптивных убеждений и мыслительных

шаблонов.

Клиническая характеристика РАС – описание проявлений аутизма с точки зрения медицинской и психиатрической практики, включая особенности поведения, эмоций и нейropsychических реакций.

Моделирование поведения – метод обучения через показ желаемого поведения с последующим подкреплением его повторения у ребёнка.

Оперантное обучение – метод формирования поведения через систему стимулов и последствий, лежащий в основе АВА-терапии.

Праксис (праксические функции) – сложные двигательные акты, сформированные в результате обучения; у детей с РАС часто наблюдаются их нарушения, особенно в имитации и целенаправленных действиях.

Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) – междисциплинарный орган, осуществляющий комплексную диагностику ребёнка и определяющий условия его образования и коррекционной помощи.

Психодиагностика – область психологии, связанная с оценкой психических процессов, состояний и свойств личности с целью постановки диагноза, прогноза и планирования коррекционной работы.

Психофизиология РАС – раздел науки, изучающий взаимосвязь психических процессов и физиологических механизмов у детей с расстройствами аутистического спектра.

Сенсорно-перцептивный профиль – описание индивидуальных особенностей восприятия и обработки сенсорной информации у ребёнка; часто включает зоны гипер- или гипочувствительности.

Социальная коммуникация – процесс взаимодействия между людьми с помощью речи, мимики, жестов и других средств; у детей с РАС чаще всего наблюдаются нарушения в этой области.

Средовые ресурсы – элементы образовательной, физической и социальной среды, способствующие успешному обучению и социализации детей с РАС (например, сенсорные комнаты, визуальные расписания, структурированное пространство).

Техника вызывания отвращения – спорный метод, при котором нежелательное поведение сопровождается неприятным стимулом; в современной практике практически не применяется из-за этических ограничений.

Угасание – метод поведенческой терапии, основанный на прекращении подкрепления нежелательного поведения, что ведёт к его снижению или исчезновению.

Формирование навыков самообслуживания – системная работа по обучению ребёнка с РАС базовым жизненным умениям: еда, туалет, одевание, гигиена и др.

Эпидемиология РАС – раздел науки, изучающий распространённость, частоту, факторы риска и динамику заболеваемости расстройствами

аутистического спектра.

Этические нормы в психодиагностике – свод профессиональных правил, регулирующих проведение обследований, конфиденциальность, информированное согласие и уважение к личности ребёнка.

Эмоционально-смысловой комментарий – техника вербализации эмоционального состояния ребёнка взрослым с целью формирования эмоционального отклика и понимания, активно используется в терапии детей с РАС

Список использованной литературы

1. Алпысбаева М.Б. Курс лекций по дисциплине «Специальная психология и диагностика детей с особыми образовательными потребностями» / М-во науки и высшего образования РК, Северо-Казахстанский ун-т им. М. Козыбаева. — Петропавловск: [б. и.], 2023. — 97 с.
2. Григоренко Е.Л. Расстройства аутистического спектра: вводный курс: учебное пособие. — М.: Практика, 2018. — 280 с.
3. Андрущенко Т.Ю., Карабекова Н.В. Коррекционные и развивающие игры для детей 6–10 лет: учеб. пособие. — М.: Академия, 2004. — 91 с.
4. Ахметзянова А.И., Дадакина В.Ю., Кротова И.В. и др. Расстройства аутистического спектра: современные подходы к психолого-педагогическому сопровождению: учеб.-метод. пособие. — Казань: Изд-во Казанского ун-та, 2020. — 911 с.
5. Елисеева И.Г., Ерсарина А.К. Психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательной школе: метод. рекомендации. — Алматы: ННП ЦКП, 2019. — 96 с.
6. Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития. — М.: Полиграф Сервис, 2010.
7. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. — М., 1991.
8. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. — М., 1985.
9. Баттерворт Дж., Харрис М. Принципы психологии развития. — М.: Когито-Центр, 2000. — 350 с.
10. Горячева Т.Г. Расстройства аутистического спектра у детей: метод сенсоромоторной коррекции: учеб.-метод. пособие. — М.: Генезис, 2019. — 167 с.
11. Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В. Детский аутизм: диагностика и коррекция: учеб. пособие. — СПб.: Дидактика Плюс, 2004. — 80 с.
12. Беткер Л.М. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройством аутистического спектра: учеб.-метод. пособие. — Ханты-Мансийск: РИО ИРО, 2013. — 82 с.
13. Беттельхейм Б. Пустая крепость: детский аутизм и рождение Я. — М.: Академический проект; Фонд «Мир», 2013. — 480 с.
14. Борисова Е.М. Современные тенденции развития психодиагностики // Психологическая наука и образование. — 1997. — № 2. — С. 11–19.
15. Бреслав Г.М. Психологическая коррекция детской и подростковой агрессивности: учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2006. — 137 с.
16. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: учебник для вузов. — СПб.: Питер, 2006. — 351 с.

17. Frigaux A., Evrard R., Lighezzolo-Alnot J. ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum disorders: interests, limits and openings // L'Encephale. — 2019. — Vol. 45, № 5. — P. 441–448. — DOI: 10.1016/j.encep.2019.07.002.
18. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике. — СПб.: Питер, 2008. — 528 с.
19. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. — СПб.: Питер, 1997. — 336 с.
20. Ворошнина О.Р. Клинико-психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей в условиях общего (инклюзивного и специального) образования: учебник. — Пермь: Пермский гос. гуманитарно-педагогический ун-т, 2015. — 204 с.
21. Глухов В.П. Специальная педагогика и специальная психология. Практикум: учеб. пособие. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Юрайт, 2018. — 313 с.
22. Лапп Е.А. Психолого-педагогические основы формирования связной письменной речи младших школьников с ЗПР: теория и практика. — Саратов: Вузовское образование, 2013. — 258 с.
23. Гох А.Ф. Теория и практика инклюзивного образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра: учеб. пособие. — Красноярск: Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2016. — 108 с.
24. Аксенова Л.И. Специальная педагогика: учеб. пособие. — 11-е изд., перераб. и доп. — М.: Академия, 2013. — 382 с.
25. Александров А.А. Интегративная психотерапия. — СПб.: Питер, 2009. — 352 с.
26. Александров А.А. Патогенетическая психотерапия: современное состояние и перспективы // Психотерапия. — 2003. — № 1. — С. 8–12.
27. Стребелева Е.А., Белякова Ю.Ю., Браткова М.В. и др. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: пособие. — 4-е изд., испр. и доп. — М.: ИНФРА-М, 2017. — 128 с.
28. Александров А.А. Проблемы интегративной психотерапии // Психология и психотерапия. — СПб., 2002. — С. 17–23.
29. Кошлякова Е.В. Основные методы диагностики аутизма у детей дошкольного возраста // Молодой ученый. — 2020. — № 48 (338). — С. 120–122. — URL: <https://moluch.ru/archive/338/75766/> (дата обращения: 05.11.2023).
30. Гуревич П.С. Психология: учебник. — М.: Юнити-Дана, 2015. — 319 с.
31. Детский аутизм: хрестоматия / сост. Л.М. Шипицына. — СПб.: 2001.
32. Альтхерр П. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: учеб. пособие. — М.: Академия, 2004. — 155 с.
33. Довбня С., Морозова Т., Залогина А., Монова И. Дети с расстройствами

- аутистического спектра в детском саду и школе: практики с доказанной эффективностью. — М.: Альпина ПРО, 2022. — 168 с.
34. National Institute for Health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in under 19s: support and management. — London: NICE, 2021. — URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg170>
35. World Health Organization. Autism spectrum disorders & other developmental disorders: from raising awareness to building capacity. — Geneva: WHO, 2013. — URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506618>
36. Доусон Дж., Бернер К. Поведенческие вмешательства для детей и подростков с расстройствами аутистического спектра // *Current Opinion in Pediatrics*. — 2011. — Vol. 23, № 6. — P. 616–620.
37. Ерсарина А.К., Джангельдинова З.Б., Айтжанова Р.К. Специальная развивающая программа для детей с аутизмом. — Алматы: ННП ЦКП, 2020. — 169 с.
38. Колесникова Г.И. Специальная психология и специальная педагогика: учеб. пособие. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрайт, 2018. — 252 с.
39. Журавлев А.Л., Соснин В.А., Китова Д.А., Нестик Т.А., Юревич А.В. Массовое сознание и поведение: тенденции социально-психологических исследований. — М.: Ин-т психологии РАН, 2017. — 424 с.
40. Залевский Г.В. Когнитивно-поведенческая психотерапия: учеб. пособие. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Юрайт, 2022. — 194 с.
41. Francés L., Quintero J., Fernández A. et al. Current state of knowledge on the prevalence of neurodevelopmental disorders in childhood according to the DSM-5: a systematic review // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. — 2022. — Vol. 16, № 1. — Article 27. — DOI: 10.1186/s13034-022-00462-1.
42. Крэйн У. Секреты формирования личности. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. — 512 с.
43. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии: учеб. пособие. — СПб.: Речь, 2006. — 398 с.
44. Кузнецова М.В. Методические рекомендации по организации психолого-педагогического сопровождения психического развития детей-сирот раннего возраста в условиях Дома ребенка. — Курск: КИНПО (ПК и ПП) СОО, 2009. — 63 с.
45. Захаренко А.С., Рокицкая Ю.А., Шепель Т.А. и др. Образование и социализация детей с расстройствами аутистического спектра в условиях школы-интерната для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. — Ч.: ЧГПУ, 2016. — 130 с.
46. Рудик О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком. — М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2015. — 189 с.
47. Скиннер Б. Оперантное поведение // *История зарубежной психологии: тексты*. — М., 1986. — С. 60–82.

- 48.Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н. Непрерывное образование и комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра: учеб.-метод. пособие. — СПб., 2019. — 79 с.
- 49.Игнатова Е.С. Психодиагностика: учеб. пособие. — Пермь: Пермский гос. нац. исслед. ун-т, 2018. — 94 с.
- 50.Инклюзивное образование: настольная книга педагога, работающего с детьми с ОВЗ: метод. пособие / под ред. М.С. Старовойтовой. — М.: ВЛАДОС, 2014. — 168 с.
- 51.Келли А.Д. Теория личности. — СПб.: Речь, 2000. — 249 с.
- 52.Костина Л.М. Интегративная игровая психологическая коррекция: монография. — СПб.: Речь, 2006. — 135 с.
- 53.Кустова Т.В., Таранушенко Т.Е. Аутизм у детей: учеб.-метод. пособие. — Красноярск: КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 118 с.
- 54.Максимова Е.В. Уровни общения: причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна. — М.: Диалог-МИФИ, 2015. — 288 с.
- 55.Селиверстов В.И. Специальная (коррекционная) дошкольная педагогика. Введение в специальность. Ч. 2: методическое приложение. — М.: ВЛАДОС, 2010. — 318 с.
- 56.Защиринская О.В. Нарушения поведения и развития у детей: книга для родителей и специалистов. — СПб.: КАРО, 2011. — 176 с.
- 57.Коэн М.Дж., Герхардт П.Ф. Визуальная поддержка. Система действенных методов для развития навыков самостоятельности у детей с аутизмом. — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2018. — 27 с.
- 58.Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. — СПб.: Речь, 2001. — 256 с.
- 59.Jansen D., Petry K., Ceulemans E. et al. Functioning and participation problems of students with ASD in higher education: which reasonable accommodations are effective? // European Journal of Special Needs Education. — 2016. — Vol. 32, № 1. — P. 71–88. — DOI: 10.1080/08856257.2016.1254962.
- 60.Sharma S., Hucker A., Matthews T. et al. Cognitive behavioural therapy for anxiety in children and young people on the autism spectrum: a systematic review and meta-analysis // BMC Psychology. — 2021. — Vol. 9. — Article 151. — DOI: 10.1186/s40359-021-00658-8.
- 61.Морозов С.А., Морозова С.С., Морозова Т.И. Некоторые особенности ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. — 2017. — № 15 (2). — С. 19–31.
- 62.Натарова Н.К.А., Семке А.В., Гуткевич Е.В. Расстройства аутистического спектра (клинико-динамический, региональный и семейный аспекты). — Томск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2012. — 192 с.
- 63.Старовойтова М.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с

- расстройствами эмоционально-волевой сферы: практические материалы для психологов и родителей. — М.: Гуманитарный изд. центр ВЛАДОС, 2013. — 144 с.
64. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. — М.: Теревинф, 2008.
65. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учеб.-метод. комплекс. — 3-е изд., стереотип. — М.: Флинта; МПСИ, 2010. — 220 с.
66. Павалаки И.Ф., Болгарова М.А., Степина О.С. и др. Коррекционно-развивающая работа при тяжелых расстройствах аутистического спектра: учеб.-метод. пособие. — Сургут: Сургутский гос. пед. ун-т, 2014. — 192 с.
67. Паттерсон С., Уоткинс Э. Теории психотерапии. — СПб.: Питер, 2003. — 544 с.
68. Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования. — М., 2000. — 607 с.
69. Плаксунова Э.В. Исследование физического развития и двигательных способностей учащихся с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. — 2014. — № 1 (42). — С. 26–32.
70. Подольская О.А. Основы специальной педагогики и психологии: учеб. пособие. — Елец: Елецкий гос. ун-т им. И.А. Бунина, 2013. — 212 с.
71. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: учеб. пособие. — М.: Академия, 2002. — 192 с.
72. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Типология отклоняющегося развития: модель анализа и её использование в практической деятельности. — М.: Генезис, 2011.
73. Кузнецова М.В. Методические рекомендации по организации ранней логопедической помощи детям с задержкой коммуникативно-речевого развития. — Курск: Курский гос. пед. ун-т, 2013. — 13 с.
74. Скворцов И.А. Детский аутизм в неврологии. — 2-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2023. — 592 с.
75. Соколова Е.Е. Тринадцать диалогов о психологии. — М.: Смысл, 1995. — 653 с.
76. Козловская Г.Ю. Развитие навыков речи и коммуникации у детей и подростков с аутистическими расстройствами: учеб. пособие (практикум). — Ставрополь: Северо-Кавказский федеральный ун-т, 2019. — 111 с.
77. Bell S., Devecchi C., McGuckin C., Shevlin M. Making the transition to post-secondary education: opportunities and challenges experienced by students with ASD in the Republic of Ireland // European Journal of Special Needs Education. — 2016. — Vol. 32, No. 1. — P. 54–70. — DOI: 10.1080/08856257.2016.1254972.
78. Шипицына Л.М., Вартамян И.А. Анатомия, физиология и патология органов

- слуха, речи и зрения: учебник. — М.: Академия, 2008. — 432 с.
- 79.Ташева А.И., Воронцов Д.В., Гриднева С.В. Консультативная психология: базовые методические проблемы. — Ростов н/Д: Изд-во Южного федерального ун-та, 2016. — 342 с.
- 80.Каган В.Е. Аутизм у детей. — 2-е изд., доп. — М.: Смысл, 2020. — 384 с.
- 81.Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. — М.: Теревинф, 2005. — 224 с.
- 82.Манелис Н.Г., Волгина Н.Н., Никитина Ю.В. и др. Организация работы с родителями детей с расстройствами аутистического спектра: метод. пособие. — М.: ФРЦ МГППУ, 2017. — 94 с.
- 83.Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей: метод. пособие. — М.: Тенериф, 2017. — 130 с.
- 84.Хаустов А.В. Формирование навыков речевой коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра. — М.: ЦПМССДиП, 2010. — 87 с.
- 85.Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика: учеб. пособие. — М.: Академия, 2002. — 368 с.
- 86.Стребелева Е.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребёнка раннего возраста с отклонениями в развитии: пособие для педагога-дефектолога. — М.: Парадигма, 2014. — 72 с.
- 87.Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. — СПб.: Питер, 2000. — 464 с.
- 88.Тюлюпергенева Р.Ж. Специальная психология: учеб.-метод. пособие. — Усть-Каменогорск: Берел, 2016. — 164 с.
- 89.Шевчук Е.П. Основы методики коррекционно-развивающей работы. — Брест: Брест. гос. ун-т им. А.С. Пушкина, 2019. — 373 с.
- 90.Шилова Т.А. Психодиагностика и коррекция детей с отклонениями в поведении: практ. пособие. — М.: Айрис-пресс, 2004. — 173 с.
- 91.Джангельдинова З.Б., Баймуханова М.Е. Психолого-педагогическое сопровождение родителей, воспитывающих детей с детским аутизмом: метод. рекомендации. — Алматы, 2015. — 86 с.
- 92.Jasim S., Perry A. Repetitive and restricted behaviors and interests in autism spectrum disorder: relation to individual characteristics and mental health problems // BMC Psychiatry. — 2023. — Vol. 23, No. 1. — Article e356. — DOI: 10.1186/s12888-023-04766-0.
- 93.Mitra S., Lakshmi D., Govindaraj V. Data analysis and machine learning in AI-assisted special education for students with exceptional needs // AI-assisted special education for students with exceptional needs / ed. A. Kumar, A. Nayyar, R.K. Sachan, R. Jain. — Hershey: IGI Global, 2023. — P. 67–109. — DOI: 10.4018/979-8-3693-0378-8.ch004.
- 94.Oumaima D., Mohamed L., Hamid H., Mohamed H. Application of artificial intelligence in virtual reality // Trends in Sustainable Computing and Machine

- Intelligence: Proceedings of ICTSM 2024. — 2024. — P. 67–85. — DOI: 10.1007/978-981-99-9436-6_6.
- 95.Rezaei A.R. Applications of immersive technologies in education: a systematic literature review // *Advances in Online Education*. — 2024. — Vol. 2, No. 3. — P. 232–251. — DOI: 10.69554/RTYW5177.
- 96.Sharma A., Babu V. Enhancing social interaction skills for autism spectrum disorder (ASD) individuals in the metaverse // *14th International Conference on Information and Communication Technology Convergence*. — 2023. — P. 193–198. — DOI: 10.1109/ICTC58733.2023.10392788.
- 97.Mosher M.A., Carreon A.C., Craig S.L., Ruhter L.C. Immersive technology to teach social skills to students with autism spectrum disorder: a literature review // *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. — 2022. — Vol. 9, No. 3. — P. 334–350. — DOI: 10.1007/s40489-021-00259-6.
- 98.Rane N.L., Choudhary S.P., Rane J. Education 4.0 and 5.0: integrating artificial intelligence (AI) for personalized and adaptive learning // *Journal of Artificial Intelligence and Robotics*. — 2024. — Vol. 1, No. 1. — P. 29–43. — DOI: 10.61577/jaiar.2024.100006.

Ответы для самопроверки

Модуль 1. Основы поведенческой психотерапии в практике психолога, работающего с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС).

1. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	b
2	e
3	d
4	b
5	a
6	c

2. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	b
4	d
5	d
6	a
7	c
8	d
9	d
10	b

3. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	d
3	b
4	c
5	b
6	b
7	b
8	b
9	c
10	b

4. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	b
2	b
3	c
4	e
5	b

6	c
7	c
8	c
9	c
10	b

5.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	c
3	b
4	c
5	d
6	c
7	c
8	b
9	b
10	b

Модуль 2. Психофизиологические и возрастные особенности детей с расстройствами аутистического спектра (РАС)

1. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	c
3	b
4	c
5	a
6	a
7	c
8	d
9	a
10	d

2.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	d
2	c
3	c
4	d
5	c
6	d
7	b
8	d

3.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	В
2	D
3	С
4	С
5	В
6	С
7	А
8	Е
9	В
10	А

4. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	С
2	С
3	В
4	D
5	С
6	С
7	С
8	С
9	В
10	С

5. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	Е
2	Е
3	Е
4	Е
5	С
6	С

6.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	a
2	a
3	c
4	c
5	e
6	b
7	d
8	b
9	b

10	b
11	a
12	d

7. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	d
2	d
3	d
4	d
5	d
6	d
7	d
8	d
9	d
10	d

8. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	d
4	a
5	e
6	c
7	b
8	d
9	a
10	e

9. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	d
4	c
5	d
6	b
7	c
8	c
9	c
10	b

10. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c

2	b
3	c
4	b
5	c
6	c
7	c
8	b
9	a
10	c

11.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	d
2	b
3	c
4	a
5	c
6	d
7	c
8	c
9	d
10	a

Модуль 3. Психодиагностическая работа с детьми с РАС

1. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	c
5	c
6	b
7	c
8	c
9	c
10	a

2. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	d
3	c
4	c
5	d

6	b
7	c
8	c
9	c
10	e

3. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	d
2	d
3	b
4	a
5	d
6	a
7	c
8	c
9	c
10	c

4. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	d
2	c
3	b
4	c
5	c
6	d
7	e
8	c
9	b
10	c

5. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	d
2	c
3	a
4	b
5	c
6	a
7	c
8	a
9	b
10	b

6. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	b
2	c
3	a
4	c
5	b
6	c
7	a
8	a
9	c
10	b

7.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	d
7	d
8	c
9	b
10	d

8.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	d
3	d
4	b
5	b
6	c
7	e
8	c
9	a
10	c

9.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	d
5	d
6	a

7	d
8	b
9	d
10	d

Модуль 4. Коррекционно-развивающая работа поведенческого психолога с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС)

1. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	b
7	a
8	b
9	d
10	e

2. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	d
5	d
6	c
7	a
8	c
9	b
10	c

3. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	d
3	b
4	d
5	d
6	e
7	c
8	c
9	d
10	c

4.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	c
3	d
4	c
5	b
6	c
7	c
8	b
9	a
10	b

5.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	b
4	c
5	c
6	a
7	c
8	a
9	c
10	d

6.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	c
3	c
4	c
5	C
6	d
7	a
8	b
9	e
10	d

7. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	b
4	c

5	b
6	d
7	b
8	d
9	b
10	c

8.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	c
3	b
4	b
5	d
6	a
7	a
8	b
9	c
10	c

9.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	b
7	a
8	b
9	d
10	a

10. Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	c
5	d
6	b
7	c
8	c
9	b
10	c

11.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	b
2	b
3	c
4	a
5	a
6	b
7	c
8	b
9	c
10	c

Модуль 5. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в организациях образования

1.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	c
7	d
8	b
9	b
10	c

2.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	c
5	c
6	b
7	b
8	c
9	b
10	b

3.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c

2	b
3	b
4	b
5	b
6	b
7	c
8	b
9	c
10	a

4.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	b
5	c
6	b
7	e
8	b
9	a
10	b

5.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	d
2	b
3	c
4	c
5	c
6	c
7	a
8	d
9	d
10	b

6.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	c
5	c
6	b
7	d
8	c

9	c
10	d

7.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	d
2	b
3	c
4	a
5	b
6	c
7	d
8	d
9	c
10	e

8.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	b
4	d
5	a
6	c
7	d
8	a
9	b
10	c

9.Лекция

Номер вопроса	Правильный ответ
1	c
2	b
3	c
4	c
5	b
6	d
7	c
8	c
9	b
10	a

Издание Кокшетауского университета им. Ш. Уалиханова

Лепешев Дмитрий Владимирович
Доскенова Динара Айтбаевна
Оразбаева Кульдархан Оналбековна

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С
РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: ОТ
ПСИХОДИАГНОСТИКИ ДО КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ
Учебное пособие для студентов ОП «Психология», ОП «Психология IP», ОП
«Педагогика и психология»

Редакционно-издательский отдел КУ им. Ш. Уалиханова
г. Кокшетау, ул. Темирбекова 30а.

Подписано в печать _____.2025г.
Формат 60×84 1/16

Бумага типогр. №1
Уч.-изд.л. _____. Усл. п.л.9,6. Заказ № ____

