



Министерство образования Иркутской области  
Государственное автономное учреждение Иркутской области  
ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И  
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

**Дети с расстройством аутистического спектра  
(методическое пособие по ранней помощи  
для родителей и специалистов)**

Печатается по решению редакционно-издательского совета ГАУ ЦППМиСП

**Дети с расстройством аутистического спектра. Методическое пособие по ранней помощи для родителей и специалистов / Т.Г. Ярощук, С.В. Сахьянова – Иркутск: ГАУ ЦППМиСП, 2020. – 101 с.**

В методическом пособии рассматриваются формы раннего детского аутизма, приведены их типологические характеристики. Рассматриваются особенности организации ранней помощи семьям, имеющим детей с расстройствами аутистического спектра, методы ранней диагностики, технология проведения первичного приема; подобраны игры для развития детей с данными особенностями. Методическое пособие может быть использовано в образовательных организациях специалистами служб ранней помощи.

Рецензенты:

В.Н. Михайлова – директор ГАУ ЦППМиСП,

Л.И. Панова – заместитель директора по ОМР ГАУ ЦППМиСП.

## Оглавление

|   |    |
|---|----|
| Введение.....   | 3  |
| Термины и определения .....   | 6  |
| Глава 1. Расстройство аутистического спектра у детей: причины РАС, симптомы, виды. ....   | 7  |
| 1.1. Расстройства аутистического спектра по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....  | 7  |
| 1.2. «Клиническая картина и признаки аутизма», Александрова Ольга Александровна, клинический психолог, нейропсихолог, г. Санкт-Петербург .....  | 9  |
| 1.3. «Признаки и симптомы аутизма у детей ранней возрастной группы: как распознать опасность», Левина Наталья Юрьевна, врач-педиатр, г. Санкт-Петербург .....   | 13 |
| 1.4. «Варианты аутистического развития», Баенская Елена Ростиславовна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории содержания и методов коррекционного обучения детей с эмоциональными нарушениями Института коррекционной педагогики РАО, г. Москва.....  | 16 |
| Первый вариант.....   | 17 |
| Второй вариант.....   | 19 |
| Третий вариант.....   | 22 |
| Четвертый вариант.....  | 24 |
| 1.5. «Трудности, возникающие у родителей детей с РАС», Никитина Юлия Валерьевна, педагог-психолог, г. Красногорск.....  | 25 |
| Психологические переживания родителей, связанные с особенностями развития ребенка .....   | 26 |
| Взаимодействие родителей и специалистов.....  | 29 |
| 1.6. «Позиции родителей детей с РАС», Баенская Елена Ростиславовна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории содержания и методов коррекционного обучения детей с эмоциональными нарушениями Института коррекционной педагогики РАО, г. Москва.....   | 30 |
| Вариант первый.....   | 31 |
| Вариант второй.....   | 32 |
| Вариант третий.....   | 32 |
| Глава 2. Диагностика расстройств аутистического спектра .....   | 34 |
| 2.1. Диагностическое обследование .....   | 35 |
| 2.2. Методы выявления признаков расстройств аутистического спектра у детей дошкольного возраста .....   | 37 |
| 2.3 «ADOS – 2 план диагностического обследования при аутизме как метод дифференциальной диагностики в ранней помощи», Вайтулевичюс Надежда Геннадьевна, специальный педагог службы ранней помощи, методист Научно-методического отдела КГАУ ЦКРИ г. Пермь, Лимонова Анастасия Владимировна специалист по коммуникации службы ранней помощи, методист Научно-методического отдела КГАУ ЦКРИ г. Пермь ..... | 39 |
| 2.4. «Рекомендации при проведении первичного приема с детьми, имеющими РАС», Самарина Лариса Витальевна, Ермолаева Евгения Евгеньевна, Игрушкина Татьяна Викторовна, Институт раннего вмешательства, г. Санкт-Петербург.....  | 44 |

|   |    |
|---|----|
| Организация системной модели ранней помощи для семей с детьми с РАС. ....   | 44 |
| Организация и проведение первичного приема семьи и ребенка с опорой на «Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» для выявления признаков РАС. .... | 45 |
| Глава 3. Особенности работы специалистов служб ранней помощи с детьми с РАС.....  | 50 |
| 3.1 Организация пространства и среды при работе с детьми .....  | 50 |
| 3.2. Программы и методики для детей раннего возраста с РАС.....   | 56 |
| Программа «Ранняя Пташка» – «Early Bird».....   | 56 |
| Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом – «Early Start Denver Model» .....   | 57 |
| Программа ASSERT .....  | 59 |
| Программа "Каролина" для младенцев и детей младшего дошкольного возраста с особыми потребностями.....   | 62 |
| Программа для неговорящих детей и РАС .....   | 62 |
| 3.3. Подходы к коррекции и обучению детей с РАС .....   | 63 |
| ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ.....  | 63 |
| РАЗВИВАЮЩИЕ ПОДХОДЫ.....  | 65 |
| СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНЫЕ ПОДХОДЫ .....   | 69 |
| ЭКЛЕКТИЧНЫЕ ПОДХОДЫ.....  | 71 |
| Заключение .....  | 73 |
| Приложения .....  | 74 |
| Приложение 1. Ранняя диагностика аутизма.....   | 74 |
| Приложение 2. Признаки, которые младенцы или дети младшего возраста с расстройствами аутистического спектра демонстрируют на той или иной стадии развития. ....                                   | 76 |
| Приложение 3. Распространенные мифы об аутизме .....  | 78 |
| Приложение 4. Игры для детей с РАС .....  | 80 |
| Приложение 5. Полезные ссылки .....   | 95 |
| Список литературы .....   | 97 |

## Введение

Анализ специальной литературы позволяет говорить о том, что синдром детского аутизма изучается в России более 50 лет. Несмотря на то, что за эти годы проведено множество исследований, опубликовано достаточно медицинских, педагогических и психологических работ по проблеме аутизма и его коррекции, - данная проблема по-прежнему остается актуальной как для родителей, имеющих детей с расстройством аутистического спектра, так и для специалистов, работающих с данной категорией детей. Остаются неясными многие аспекты этиологии, патогенеза, направлений коррекционной работы. На сегодняшний день в нашей стране система помощи детям с расстройствами аутистического спектра только начинает складываться.

Как известно, ранняя помощь развивает систему помощи ребенку, имеющему нарушения развития, и его семье, объединяя социальные, психологические, медицинские и педагогические услуги. Все услуги и виды поддержки направлены на улучшение повседневной жизни ребенка и семьи, включены в их естественную повседневную жизнь. Таким образом, целью ранней помощи является обеспечение развития и функционирования ребенка, поддержка и обучение семьи в важные первые годы жизни детей.

Большинство специалистов, работающих с этим нарушением развития, в качестве центральной проблемы выделяют особенности формирования аффективной сферы детей с аутизмом, отмечаемые уже на самых ранних этапах развития. Ранняя помощь для детей с расстройством аутистического спектра (далее – РАС) – это система помощи семьям с детьми в возрасте от 12 до 48 месяцев с риском попадания в спектр аутистических расстройств или установленным диагнозом РАС с целью развития функциональных навыков у ребенка и повышения качества жизни семьи.

В последнее время сделано большое количество исследований, которые говорят о возможности распознавания признаков РАС у совсем маленьких детей. Явные сигналы РАС обычно четко представлены к возрасту 2 года, треть родителей начинает беспокоиться о развитии ребенка уже к концу первого года жизни. Но при этом клинический диагноз у ребенка появляется не ранее 4 лет или даже позже. Однако раннее выявление и получение терапии является крайне важным для успешного роста и развития ребенка.

В первой главе пособия рассматриваются вопросы этиологии, симптомов и видов расстройств аутистического спектра, затронут вопрос о влиянии семьи на развитие и социализацию детей с РАС.

Во второй главе представлены методы скрининга, особенности ранней диагностики, даны рекомендации для специалистов служб ранней помощи по организации и проведению первичного приема.

В третьей главе рассматриваются особенности работы специалистов служб ранней помощи с детьми с расстройствами аутистического спектра, в том числе организация игрового и учебного пространства, программы и методики работы.

Надеемся, что материал пособия будет полезен не только родителям, имеющим детей с РАС, но и специалистам, работающим с данной категорией детей.

## **Термины и определения**

**Абилитация** - система и процесс формирования отсутствовавших способностей к бытовой, общественной и иной деятельности. При нарушениях психического развития это процесс, направленный на формирование несформированных, вследствие болезни, возникшей в раннем детстве, двигательных (моторных) и высших психических функций, а также на улучшение социализации, создание предпосылок к возможности обучения.

**Реабилитация** - система и процесс восстановления (полного или частичного) способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. При нарушениях психического развития у детей это процесс, направленный на восстановление нарушенных (утраченных), вследствие болезни, двигательных (моторных) и высших психических функций, а также на улучшение социализации, создание предпосылок к возможности обучения.

**Расстройства аутистического спектра (РАС)** - гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдром Аспергера, синдром Каннера, детский аутизм, атипичный аутизм, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся триадой нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения. Включают при отдельных формах «неспецифические проблемы» (МКБ-10).

**Скрининг** - первичное выявление риска заболевания. Скрининг включает краткий сбор информации о психологическом, социально-коммуникативном развитии ребенка для выделения группы специфического риска из общей популяции детей, и проведением оценки их потребности в дальнейшей углубленной клинической диагностике и оказании необходимой лечебно-коррекционной помощи (без точной их квалификации) с опорой на основные индикаторы психических расстройств в детстве. Скрининг проводится специалистами учреждений первичного звена здравоохранения (педиатрами, неврологами, медицинскими (клиническими) психологами) в раннем детском возрасте.

## Глава 1. Расстройство аутистического спектра у детей: причины РАС, симптомы, виды.

### 1.1. Расстройства аутистического спектра по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

«Российское общество психиатров» дает следующее определение: «Расстройство аутистического спектра (РАС) – гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции (синдром Аспергера, синдром Каннера, детский аутизм, атипичный аутизм, детское дезинтегративное расстройство, а также множество хромосомных и генетических синдромов), характеризующихся триадой нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения. Включают при отдельных формах «неспецифические проблемы»: страхи, нарушения сна и приема пищи, возбуждение, заторможенность, раздражительность и др. поведенческие нарушения» – это не одно заболевание, а большой комплекс нарушений развития нервной системы различного происхождения, обозначаемый как расстройства аутистического спектра (РАС)».

По международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), в настоящее время выделяются:

- **детский аутизм (F84.0)** - расстройство, при котором всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия, выступающие в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что проявляется как: отсутствие социо-эмоциональной взаимности; отсутствие реакций на эмоции других людей и/или отсутствие модуляций поведения в соответствии с социальной ситуацией; отсутствие социального использования имеющихся речевых навыков, недостаточная гибкость речевого выражения и относительное отсутствие творчества и фантазии в мышлении; нарушенное использование тональностей и выразительности голоса для модуляции общения; такое же отсутствие сопровождающей жестикуляции; нарушения в ролевых и социально-имитационных играх.

Характеризуется также ограниченными, повторяющимися и стереотипными поведением, интересами и активностью, что проявляется: тенденцией устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни; в особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; моторными стереотипиями; особым интересом к нефункциональным элементам предметов (запах или осязательные качества поверхности).

Аномалии развития должны отмечаться в первые три года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех возрастных группах. Часто наблюдаются неспецифические для аутизма расстройства, такие как страхи

(фобии), нарушения сна и приема пищи, возбуждение, агрессивность, самоповреждения. Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере роста ребенка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом схожими расстройствами.

- **синдром Каннера (F84.01)** - является врожденной тяжелой формой аутизма, который проявляется в виде асинхронного дезинтегративного аутистического дизонтогенеза с неполным и неравномерным созреванием высших психических функций, неспособностью к формированию общения и характеризуется наличием «триады» основных областей нарушений. Рецептивная и экспрессивная речь развиваются с задержкой: отсутствует жестикуляция, гуление и лепет бедные. В экспрессивной речи первые слова (в форме эхоталий, повторов последних и первых слогов слов) появляются на 2-4 году жизни, и сохраняются в последующие годы. Произнесение слов напевно, то четко, то смазано. Словарный запас пополняется медленно, после 3-5 лет отмечаются короткие фразы-штампы, преобладает эгоцентрическая речь. Не способны к диалогу, пересказу, не используют личные местоимения. Недостаток взаимной коммуникации проявляется в отсутствии игры-имитации, творческой игры со сверстниками.

Крупная моторика угловатая с двигательными стереотипиями, ходьбой с опорой на пальцы ног, мышечной дистонией. Эмоциональная сфера развивается с большой задержкой, отсутствует реакция оживления на попытки родителей взять их на руки (при выраженном симбиозе с матерью), не формируется различение своих и чужих. Комплекс оживления возникает спонтанно, в рамках аутистических интересов, и проявляется общим двигательным возбуждением.

Нарушена инстинктивная деятельность в форме пищевого поведения. Происходит инверсия цикла «сон-бодрствование». Психическая деятельность обеднена, стереотипна с симптомами тождества и отсутствием подражания. Не формируется абстрактное мышление; при выраженном отставании в развитии высших психических функций, отмечается диссоциация, дезинтеграция внутри отдельных сфер психической деятельности.

- **атипичный аутизм (F84.1)** - расстройство сходное с F84.0, однако отсутствует хотя бы один из обязательных диагностических критериев, а именно: либо достаточно отчетливые нарушения социального взаимодействия; либо ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение; или тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет. Чаще возникает у детей с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи или с умственной отсталостью.

- **синдром Ретта (F84.2)** - расстройство к настоящему времени описано только у девочек. Раннее развитие нормально или внешне нормально. Начало расстройства между 7 и 24 месяцами жизни, характеризуется частичной или полной потерей мануальных навыков и речи. Замедление роста головы. Наиболее характерно: потеря спонтанных движений рук; стереотипное «заламывание», «мытьё» рук, смачивание слюной; неполное пережевывание пищи; одышка. В среднем возрасте



развитие атаксии, апраксии, сколиоза и кифосколиоза, хореоатетозных расстройств, нередко – эпилептических припадков.

- **синдром Аспергера (F84.5)** – характерно сочетание признаков: расстройства, сходные с аутизмом («мягкий» вариант аутизма), двигательные дисфункции, сохранные интеллект и речь. Встречаются чаще у мальчиков. Синдром Аспергера является врожденным заболеванием, но проявляется обычно в ситуациях интеграции в социум (посещение детского сада, школы). Имеются отклонения в социальных коммуникациях, в невербальном поведении (жесты, мимика, манеры, зрительный контакт), не способны к эмоциональному сопереживанию. У них наблюдается раннее речевое развитие, богатый речевой запас, хорошее логическое и абстрактное мышление, свойственны оригинальные идеи.

Коммуникативная сторона речи страдает, они говорят тогда, когда хотят, не слушают собеседника, нередко ведут беседу с самим собой, для них типичны своеобразные отклонения интонационного оформления речи, необычные речевые обороты. Не умеют устанавливать контакты со сверстниками, не соблюдают дистанции, не понимают юмора, реагируют агрессией на насмешки, не способны к эмоциональному сопереживанию. Выраженные нарушения внимания, моторная неуклюжесть, дисгармония в развитии, плохая ориентировка в людях, в социуме, бесцеремонность в реализации своих желаний приводят к тому, что они легко становятся объектом насмешек, вынуждены менять школы, несмотря на хороший интеллект. Стереотипный интерес к специфическим областям знаний, односторонние узко специфические интересы, при направленном обучении, могут лечь в основу будущей специальности. К 15-18 годам аутизм смягчается, но сохраняется «социальная неуклюжесть», сенситивность, успешны в выбранной по интересам специальности. Только к 30-40 годам создают семью.

Есть и несколько других форм расстройств аутистического спектра, однако выше рассмотрены наиболее часто встречающиеся.

Однако, в уже принятой во многих странах МКБ-11 (в нашей стране будет действовать с 2022 года) «расстройство аутистического спектра» фигурирует как основная нозологическая единица, а ее формы выделяются, исходя из имеющихся интеллектуальных и языковых дефицитов, например: «РАС с нарушением интеллектуального развития и с мягким или отсутствующим нарушением функционального языка», «РАС без нарушения интеллектуального развития и с нарушением функционального языка» и другие.

**1.2. «Клиническая картина и признаки аутизма», Александрова Ольга Александровна, клинический психолог, нейропсихолог, г. Санкт-Петербург**

[https://emberint.ru/articles/priznaki\\_autisma/](https://emberint.ru/articles/priznaki_autisma/)

Этиология и патогенез РАС точно не известны, предполагаются мультифакторные причины заболевания: биологические (генетические, дизнейроонтогенетические, нейрохимические, иммунологические), психосоциальные.

В последнее время число людей, у которых обнаружен аутизм, возросло отчасти из-за изменившихся диагностических подходов и появления новых нозологических классификаций. Ранние диагностические критерии отражали качественно выраженные поведенческие симптомы, связанные с серьезными задержками речевого развития и когнитивных навыков.

РАС могут различаться по степени тяжести и по патогенетическим механизмам, что сильно влияет на клиническую картину, прогноз и социальную адаптацию.

Рассмотрим характерные черты детей с аутизмом (РАС):

1. Нарушение эмоционального контакта в общении с другими людьми. Данная особенность аутистов связана с несколькими механизмами, а именно: «Социальная агнозия» — расстройство восприятия выражений лица, интонаций людей. Несмотря на то, что у детей с РАС нет первичных проблем со зрительным восприятием, они обращаются с окружающими больше, как с объектами, не имея способности испытывать эмпатию. В исследованиях было установлено, что при опознании человеческих лиц в мозге аутиста активируются зоны, отвечающие за восприятие неодушевленных объектов, в отличие от здоровых людей.

2. Нарушение «центрального связывания». Вследствие нарушений восприятия аутисты хорошо «ловят» разнообразные мелкие детали, но целостную картину «собрать» не могут. Именно поэтому они всё воспринимают буквально, не способны воспринять контекст, уместность поведения в той или иной ситуации, не понимают переносного смысла и язык жестов.

3. Расстройство собственной мимики, интонирования речи и экспрессии. Даже если человек с аутизмом смог воспринять эмоции другого человека (как правило, базовые эмоции они могут почувствовать – гнев, страх, радость), установление адекватного контакта осложняется тем, что ответная реакция со стороны аутиста осложнена. Это связано с дисфункцией премоторных отделов коры головного мозга и лобно-лимбических связей. Вследствие данных нарушений возникает лицевая диспраксия (нарушение произвольного управления мимикой) и генерация эмоций. Мимические и телесные выражения эмоций у таких детей бедны, нечетки и неадекватны по своему характеру. Речь механистическая (если она есть).

4. Отсутствие так называемой «модели психического» (theory of mind). Аутисты не испытывают затруднений с пониманием непосредственно наблюдаемых физических событий, однако не способны представить и понять, что чувствует и хочет сделать другой человек или интерпретировать собственные поступки и намерения. Дело в том, что это явления более высокого репрезентативного порядка, они абстрактные по сравнению с физическими

предметами. Модель психического имеет отношение не только к осознанию мыслей, но и осознанию тела, а оно, в свою очередь, базируется на схеме тела (которая происходит из раннего сенсорного опыта ребенка). Поскольку схема и осознание тела у людей с РАС также нарушены, то физический контакт с другими людьми (прикосновения, поглаживания, объятия) аналогично затруднен. Аутисты чаще всего не испытывают потребности в телесном соприкосновении, поскольку не понимают коммуникативного смысла данных действий. Кроме того, физический контакт может быть неприятным и болезненным вследствие нарушения сенсорной обработки тактильных и проприоцептивных (мышечных, сухожильных) сигналов.

5. Семантико-прагматическое нарушение речи или ее отсутствие. Более половины аутистов либо не говорят, либо говорят очень плохо. У многих детей с РАС имеются признаки дисфазии развития (алалии – в российской интерпретации), однако аутизм и дисфазия ни в коем случае не являются синонимами. Проще говоря, бывает аутизм с дисфазией, но часто встречается дисфазия без аутизма, и очень важно их различать на практике. В недавних исследованиях было доказано, что возраст, в котором у ребенка начинает развиваться речь, влияет на тяжесть проявлений аутизма и на прогноз относительно того, когда у ребенка сформируется беглая разговорная речь.

Признаки семантико-прагматического нарушения при аутизме:

-трудности связного изложения мыслей (нарушена целостность, «центральное связывание», о котором упоминалось выше);

-несоответствие использования речи социальному контексту ситуации; ограничение в понимании речевых оборотов, сарказма, иронии и шуток, переносного смысла. Слишком буквальное понимание речи. Речь не служит для взаимодействия и является эгоцентрической. Интонирование является неправильным, что делает речь механистической. От речи аутиста создается впечатление как о «псевдовзрослой», педантичной. У детей очень часто присутствуют эхολалии, в том числе отсроченные, когда ребенок может механистически воспроизводить целые предложения и диалоги, например, из мультфильмов. Также для детей-аутистов характерны замены местоимений «Я»-«Ты» или упоминание о себе в третьем лице. Они практически не употребляют указательные жесты. При этом вербальная память у человека с РАС может быть очень хорошей, а артикуляция – четкой. Сам по себе это пункт не является нарушением, но все эти моменты относятся к общему синдрому семантико-прагматического нарушения речи, описывая его целиком.

Перечисленные ниже симптомы очень часто отождествляют с аутизмом, но это неверно, они не являются специфическими и могут встречаться и при иных нарушениях:

1. Когнитивная ригидность, нарушение подвижности психических процессов, переключения. Легко заметить, что аутисты склонны «застревать» на тех или иных предметах, зачастую не интересных нормотипичным детям. Эта особенность связана с дисфункцией префронтальных отделов коры головного

мозга и мозжечка. Дети с РАС часто обнаруживают неприятие каких-либо изменений в своей жизни и окружающей обстановке. Если что-то нарушилось в привычном укладе, они пугаются вплоть до состояния паники.

2. Стереотипное поведение. Аутичные дети могут часами играть с одной и той же игрушкой, разглядывать один и тот же предмет. Они могут однообразно двигаться (например, бегать по кругу, раскачиваться, открывать и закрывать дверцы мебели), повторять одни и те же слова и выражения, совершать воздействия на собственное тело. С одной стороны, такое поведение содержит сенсорную самостимуляцию, связанную с нарушением сенсорной обработки (см. пункт ниже). С другой стороны, такие повторяющиеся действия и ритуалы помогают аутисту структурировать реальность для того, чтобы воспринять ее, совершить когнитивную обработку.

3. Сенсорное своеобразие, а именно гипо- или гиперчувствительность к сенсорным воздействиям. Очень часто при исследовании процессов обработки стимулов различной модальности у аутистов диагностируется так называемое нарушение сенсорной интеграции. Для диагностики могут быть использованы как специальные пробы, так и метод вызванных потенциалов (по разным модальностям). Такие дети могут впадать в истерику при звуке блендера или пылесоса, есть несъедобные предметы, проявлять пищевую избирательность, бояться качелей или наоборот, часами на них качаться. Для коррекции слуховой гипо- или гиперчувствительности, а также при нарушении проведения акустических импульсов в кору головного мозга успешно применяется метод Томатис, эффективность которого доказана множеством исследований.

4. Помимо несформированности обработки акустических стимулов у детей с РАС часто обнаруживаются трудности интеграции проприоцептивных, вестибулярных и тактильных стимулов. Нарушение праксиса (диспраксия) – расстройство произвольных движений. Имеет прямое отношение к расстройству сенсорной обработки, нарушению схемы тела, а также нарушениям управляющих функций. При аутизме нарушаются различные виды праксиса, в том числе кинестетический, динамический, конструктивный, мимический. По мнению некоторых специалистов, занимающихся исследованиями РАС, при высокофункциональном аутизме (особенно при синдроме Аспергера) диспраксия является обязательным признаком. На практике нарушение произвольных движений проявляется неловкостью, трудностями координации, нерешительностью в движениях, неумением сделать простые моторные действия по своему возрасту (кинуть и поймать мяч, проехать на велосипеде, вдеть нитку в иглолку).

5. Нарушение проксемии (степени близости в социальном взаимодействии). Аутисты не обладают чувством дистанции, поэтому могут, например, обнюхать человека, подойти чрезмерно близко, чем позволяет того социальный контекст. Такое поведение также встречается при других нарушениях, к примеру, у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Другая крайность –

полное избегание контакта, в том числе тактильного. Это как раз специфично для детей с РАС.

6. Символическая игра, игра «понарошку», с воображаемым объектом у аутичных детей либо отсутствует, либо развита очень слабо, что становится очевидным к возрасту 18 месяцев. Основой для символической игры служат зрительные представления, которые страдают при аутизме. Поэтому воображение развивается дисфункционально.

Необходимо помнить, что за единичными проявлениями не обязательно стоит диагноз в целом. Важна целостная клиническая картина. Для диагностики сейчас широко используются семейные видео, чтобы понимать, в каком возрасте ребенок что умел и как развивался. Достоверно диагноз может быть поставлен врачом-психиатром с 2 лет.

Обязательно необходимо провести дифференциальную диагностику с другими похожими расстройствами: алалией (дисфазией), детской шизофренией, детской депрессией, СДВГ, обсессивно-компульсивным расстройством, синдромом Туретта. После диагностики необходимо консультирование для родителей и терапия для ребенка. Специально разработанная программа коррекции может включать: занятия с логопедом с целью коррекции речи (с использованием аппарата Forbrain); занятия с дефектологом-олигофренопедагогом (коррекция когнитивного дефицита, задержки психического развития); занятия с нейропсихологом (коррекция диспраксии, нарушений восприятия, пространственных представлений, управляющих функций); Томатис-терапию (улучшение понимания речи, проведения слухового импульса в кору головного мозга, снижение гипер- или гипочувствительности, улучшение вестибулярной функции); Soundsory (улучшение моторики и речи).

### **1.3. «Признаки и симптомы аутизма у детей ранней возрастной группы: как распознать опасность», Левина Наталья Юрьевна, врач-педиатр, г. Санкт-Петербург**

<https://www.baby.ru/wiki/zdorove-detey/priznaki-i-simptomy-autizma-u-detej-rannej-vozrastnoj-gruppy-kak-raspoznat-opasnost/>

Слово «аутизм» восходит корнями к греческому термину autos, который в переводе на русский язык означает «я сам». Это состояние, при котором человек удаляется из социума. Другими словами, он выбирает для себя жизненный сценарий по типу «изолированное я». Швейцарский психиатр Эйген Блейлер впервые ввел слово в оборот в 1911 году для обозначения симптомов, связанных с шизофренией. С 1940 года исследователи из США обозначили аутизм у детей как эмоциональные и социальные проблемы развития.

Примерно в то же время немецкий ученый Ганс Аспергер обнаружил аналогичное состояние, которое позже вошло в практику медицины в качестве

синдрома Аспергера. С 1960-х годов методы лечения аутизма были сосредоточены на таких средствах, как ЛСД, электрошоковое воздействие и болевые методы изменения поведения (наказания). С 1990-х годов поведенческая и языковая терапии заняли главенствующие положения.

Симптомы аутизма у детей могут отличаться, однако во всех случаях это дефекты развития, которые влияют на общение, поведение и взаимодействие с другими людьми. Одни дети начинают демонстрировать отклонения раньше, другие – на несколько месяцев позже. Однако свыше 50 % родителей отмечают у детей отклонения к тому моменту, когда ребенку исполняется 12 месяцев, а свыше 80-90 % взрослых удостоверяются в диагнозе к двум годам.

Первые годы ребенка – время резкого физического, эмоционального и социального совершенствования. Важно, чтобы родители отслеживали возможные отклонения. У одного ребенка из 68 развивается аутизм. Нарушения в пять раз чаще диагностируются у мальчиков, чем у девочек. Это расстройства широкого спектра, поэтому симптомы аутизма могут выражаться в разной степени: от легкой до тяжелой формы. Такую информацию приводит Джухи Пандей, доктор философии, педиатрический нейропсихолог и ученый Центра аутизма детской больницы Филадельфии.

Ранние признаки болезни появляются еще до того, как ребенку исполнится три года. Симптомы могут возникнуть в 12 или 18 месяцев, однако у некоторых диагностика болезненного состояния может произойти позже – только во втором или третьем классе. Многие признаки неблагополучия со временем проходят, какие-то становятся менее выраженными.

Не всегда симптомы расстройства аутистического спектра проявляются в кабинете врача, поэтому специалисты могут пропустить аутизм у детей во время немногочисленных приемов. Это объясняет, почему родителям нужно делиться своими наблюдениями, настаивать на дополнительных обследованиях при первых подозрениях. Ранняя постановка диагноза улучшит результаты терапии. Перечислим лишь основные 12 симптомов аутизма у маленьких детей:

**1. Плохой зрительный контакт.** Малышам свойственно смотреть на лица окружающих людей, они пытаются разглядеть детали, потрогать ручкой выступающие части, сосредоточиться на ярких чертах. Дети с аутизмом уклоняются от контакта глаз. Эти малыши не задерживают взгляд на родителе, смотрят вскользь, мимоходом. Однако отсутствие зрительного контакта не всегда является прямым симптомом аутизма. Возможно, подрастающий ребенок просто стесняется проявлять эмоции и заинтересованность.

**2. Повторяющиеся движения, жесты:** хлопанье руками и вращение ими, щелчки пальцами, раскачивания взад-вперед. Зацикленность на одинаковых жестах должна насторожить родителей. Рассказать о ней врачу нужно обязательно.

**3. Скриптовый язык** – именно так специалисты называют пристрастие ребенка к повторению одинаковых фраз, жаргонизмов. Иногда эти слова поются, становятся похожими на определенный мотив, который заседает у малыша в

голове. Ведущие эксперты клиники Майо говорят, что это серьезный знак, который нельзя оставлять без внимания.

**4. Чрезмерная чувствительность, сенсорное отвращение:** у ребенка вызывают негатив определенные вещи, которых он избегает. Это может быть неприятие прикосновений к гладким или мягким поверхностям, избегание объятий с людьми, определенных запахов и звуков (работающий пылесос, смывание воды в туалете). Эти раздражители заставляют ребенка закрываться от окружающего мира. Проявляются такие действия в закрывании руками ушей при звучании раздражителей, глаз при виде определенных символов, поворотах головы в сторону.

**5. Осмотр игрушек, а не игра с ними.** Большинство малышей производят тщательный осмотр игрушки перед тем, как использовать ее в своих целях. Однако дети с аутизмом заикаются на конкретных действиях. Если обычный ребенок будет гонять автомобиль по полу или управлять самолетом в воздухе, аутист начнет без передышки крутить колесо машины, внимательно рассматривать дно вертолета. Интерес таких детей проявляется к детали объекта, а не к нему самому.

**6. Игра в одиночку** – не путайте с застенчивостью малыша. Тем не менее, игра без стремления привлечь к ней друзей и свидетелей может являться признаком детского аутизма.

**7. Отсутствие интереса к аналоговым (имитационным) играм.** Если для обычного ребенка нормально использовать игрушки не по назначению (выступление певца, где вместо микрофона используется банан), то при аутизме такая деятельность не вызывает интереса.

**8. Навязчивый интерес.** Дети с симптомами аутизма могут заикаваться на одной и той же теме: футбол, прогноз погоды по телевизору, рассказы о собаках и многое другое.

**9. Отсутствие реакции на имя.** В возрасте 12 месяцев большинство детей будет реагировать на то, как их зовут окружающие люди. Если ребенок этого не делает, это может свидетельствовать об аутизме.

**10. Стереотипное поведение.** По словам Юниса Кеннеди Шрайвера, исследователя «Национального института детского здоровья и развития человека» Америки, ребенок-аутист «застраивается» на определенных привычках, интересах или актах поведения. Например, он может стремиться всегда держать в руке одну и ту же игрушку или тратить всё свое время на выстраивание определенной фигуры из мозаики, детского конструктора, маленьких машинок. Эти действия важны для ребенка с аутизмом. Совершая их, он чувствует себя спокойным и защищенным от внешнего мира.

**11. Утрата языка и социальных навыков.** Аутисты не стремятся разговаривать. Даже ребенок, который привык ранее болтать или шуметь, может прекратить это, когда повзрослеет.

**12. Не реагирует на просьбы родителей показать вещь.** Дети обычно начинают давать предметы, которые просят принести родители, с 14 месяцев. Если

малыш не показывает на самолеты, собачек, кошек во время обращенных к нему вопросов, это должно насторожить. Обеспокоиться стоит и в тот момент, когда ребенок не смотрит на ту вещь, которую ему показывает взрослый.

Основные причины аутизма остаются неизвестными. Большинство исследователей согласны, что к развитию патологии приводят генетические, метаболические, биохимические и неврологические нарушения. Некоторые ученые винят во всем факторы экологической обстановки. В 1998 году британские СМИ опубликовали материал о том, что в развитии аутизма виновата вакцина против кори, паротита, краснухи. Несмотря на то, что выборку исследования составили всего 12 детей, оно получило мировую огласку. В дальнейшем было проведено много изысканий по теме, но доказательств утверждения о связи вакцины и аутизма не нашлось.

К 2018 году не установлены точные причины возникновения аутизма у детей, но большинство исследователей единодушны: гены играют ключевую роль. Бытует мнение, что малыш может родиться с нарушениями развития, если его мать подвергалась во время беременности воздействию определенных химических компонентов. Однако точного метода определения аутизма в утробе матери не существует.

Хотя родители никак не могут предотвратить рождение ребенка с аутистическим расстройством, папа и мама способны снизить риски такого развития событий. Для этого необходимо организовать сбалансированное питание, заниматься посильной физической нагрузкой, проходить скрининги и исследования для исключения известных науке дефектов плода. Следует пить прописанные врачом витамины и добавки. Обязательно согласовывать принимаемые во время беременности лекарства, чтобы исключить риски осложнений. Нужно избегать алкоголя и сигарет.

Если у малыша наблюдается сразу несколько симптомов, характерных для аутизма, родители обязательно должны говорить о них с врачом. Постановка диагноза и своевременно разработанная терапия способны оказать самое положительное влияние на течение сложной болезни.

#### **1.4. «Варианты аутистического развития», Баенская Елена Ростиславовна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории содержания и методов коррекционного обучения детей с эмоциональными нарушениями Института коррекционной педагогики РАО, г. Москва**

В районе годовалого возрасте практически все дети при нормальном развитии проходят этап, когда у взрослых возникают реальные трудности регуляции их поведения. Часто взрослый, не имея эмоционального контакта с ребенком, имеющего РАС, выступает лишь в качестве инструмента, с помощью



которого ребенок получает необходимую сенсорную стимуляцию (может покачать, покружить, пощекотать, поднести к желаемому объекту и т.д.). Если родители проявляют большую настойчивость и активность, пытаясь привлечь внимание к себе, ребенок либо протестует, либо уходит от контакта.

В этих условиях несформированности эмоционального контакта с близкими особенно тяжело проходит момент физического отрыва малыша от матери в районе года. Часто с этим временем связано ощущение родителей о резкой смене характера ребенка - он полностью теряет чувство края, становится совершенно неуправляемым, непослушным, неуправляемым. Он может демонстрировать катастрофический регресс в развитии, потерять тот минимум эмоциональных связей, форм контакта, начинавших складываться навыков, в том числе и речевых, которые он сумел приобрести до того, как научился ходить.

Эта характерная тенденция может проявляться в разных формах, что к моменту складывания аутистического синдрома отражается в виде определенного его варианта (по классификации О.С. Никольской, 1985). Каждый из четырех вариантов отличается глубиной и качеством аутизма, уровнем адаптации ребенка к окружающему миру и преобладающим типом аутистимуляционной активности. Рассмотрим эти различные варианты аутистического развития.

### **Первый вариант**

Воспоминания родителей о первом годе жизни таких детей обычно наиболее светлые. С раннего возраста они поражали окружающих своим внимательным взглядом, взрослым, осмысленным выражением лица. Такой ребенок был спокоен, “удобен”, достаточно пассивно подчинялся всем режимным требованиям, был пластичен и податлив манипуляциям мамы, покорно принимал нужную позу у нее на руках. Он рано начинал реагировать на лицо взрослого, отвечать улыбкой на его улыбку, но активно контакта не требовал, на руки сам не просился.

Такой малыш легко заражался от любого улыбающегося взрослого, от общения взрослых между собой, от оживленной беседы вокруг. Близкие, характеризуя такого ребенка, часто рассказывают, что это был “лучезарный мальчик”, “сияющий ребенок”, “настоящая кинозвезда”, “очень общительный малыш”. Такое аффективное заражение - обязательный начальный этап нормального эмоционального развития, после которого обычно появляется избирательность в общении, предпочтение близких, ожидание поддержки, поощрения с их стороны, активное требование взаимодействия с ними, осторожность по отношению к “чужим”. Здесь же не происходило развитие и усложнение исходного уровня заражения на протяжении всего первого года жизни: ребенок мог спокойно пойти на руки к незнакомому человеку, у него не появлялся “страх чужого”, и позднее такой малыш мог легко уйти за руку с посторонним человеком.

Такой ребенок до года никогда ничего не тащил в рот, его можно было оставить одного в кроватке или в манеже на довольно длительный срок, зная, что он не будет протестовать. Он активно ничего не требовал, был” очень тактичен”.

Вместе с тем, по воспоминаниям многих родителей, именно у этих детей в самом раннем возрасте отмечалась особая чувствительность к сенсорным стимулам повышенной интенсивности, особенно к звукам. Младенец мог испугаться гудения кофемолки, электробритвы, шума пылесоса, треска погремушки. Часто близких удивляло предпочтение малышом неярких игрушек, или длительное разглядывание им какой-то однотонной гравюры, висевшей на стене и отсутствие интереса к красочной репродукции. В дальнейшем развитии, когда ребенок попадал в районе года под влияние окружающего сенсорного поля и полностью погружался в переживание его динамики, эта изначальная сензитивность к отдельным впечатлениям терялась, и на поверхность выступало отсутствие реакции ребенка на сильный раздражитель, даже отклика на боль или холод. Известен, например, случай, когда девочка очень сильно прищемила палец и никак не дала об этом знать - отец понял, что произошло, лишь когда заметил, что палец посинел и распух. Другой ребенок выскакивал зимой на даче раздетым на улицу, мог залезть в ледяную воду, и у родителей не было впечатления, что ему когда-либо бывает холодно. Может пропадать и выраженная реакция на громкий звук - настолько, что у близких малыша возникает подозрение о том, что он теряет слух.

С раннего возраста такие дети выглядели как созерцатели. Они не пользовались активно игрушками, вообще не стремились взять что-то в руки, но уже до года проявляли особый интерес к книгам, любили слушать чтение хороших стихов, классическую музыку. Часто родители рассказывают о врожденном “хорошем вкусе” своих детей - предпочтении ими талантливых стихотворных или музыкальных творений, изысканных иллюстраций. Рано отмечалась особая очарованность светом, движением: ребенок изучал блики, играл со своим отражением в стекле дверцы шкафа, с тенью на стене.

Пока такой ребенок вел “сидячий” образ жизни, он не доставлял близким никаких хлопот. Но как только он освоил навыки ходьбы, ситуация резко изменилась. Ранее пассивный, спокойный, умиротворенный малыш становится практически неуправляемым. Он начинает отчаянно карабкаться на мебель, убегать, не оглядываясь, и кажется, что у него совершенно отсутствует чувство реальной опасности. В районе годовалого возраста и при нормальном развитии, наступает критический период, когда ребенок попадает в плен окружающего сенсорного поля (всей совокупности сенсорных впечатлений внешнего мира) и совершает действия, которые диктуются законами его организации: выдвигает и задвигает ящики стола или шкафа, не может не влезть в лужу, не бежать по дорожке, размазывает еду по столу, дорывает надорвавшуюся страницу книги или отставший кусочек обоев и т.д. Контролировать и организовывать взрослому его поведение в таких ситуациях, как было уже сказано выше, помогает прежде всего предыдущий опыт совместных переживаний общих впечатлений. Используя этот

опыт, близким удается переключать внимание ребенка на какое-то другое значительное для него явление или объект: «Посмотри на...», «Вон птичка полетела» и т.п. У аутичного ребенка подобный опыт общего со взрослым сосредоточения на чем-либо не накапливается. Поэтому не складываются индивидуальные стереотипы взаимоотношений с миром, привычки, предпочтения и страхи, не формируются способы взаимодействия с близкими людьми. Понятно, что в этих условиях невозможно развитие ни бытовых, ни игровых, ни речевых навыков. Отдельно изредка возникающие слова уходят и не возвращаются, потому что не могут быть привязаны к регулярно воспроизводимому жизненному стереотипу. Поэтому из наиболее характерных признаков данного варианта аутистического развития является так называемый мутизм.

### **Второй вариант.**

Еще в младенческом возрасте с детьми, имеющими подобный вариант развития, проблем, связанных с уходом за ними гораздо больше. Они активнее, требовательнее в выражении своих желаний и неудовольствия, избирательнее в первых контактах с окружающим миром, в том числе и с близкими. Здесь не наблюдается пассивной подчиняемости в обычных каждодневных процедурах кормления, одевания, укладывания спать, купания и т.д., ребенок скорее сам диктует матери, как с ним следует обращаться, принимая или активно отвергая требования режимных моментов ухода за собой. Поэтому очень рано складываются и жестко поддерживаются первые стереотипы взаимодействия малыша с его окружением.

Такой младенец рано начинает выделять маму, но привязанность, которая формируется по отношению к ней, носит характер примитивной симбиотической связи, описанной выше. Постоянное присутствие матери необходимо для него как основное условие существования. Конечно, в таком возрасте и обычный ребенок остро переживает даже непродолжительную разлуку с близким человеком, однако не реагирует столь катастрофически - на соматическом уровне. С возрастом эта тенденция не сглаживается, а, наоборот, может усиливаться.

Приверженность к постоянству, стабильности в отношениях с окружением характерна, как было рассмотрено выше, для первых месяцев развития ребенка и в норме (малыш чуток к соблюдению режима, привязывается к рукам ухаживающего, выражено реагирует на перемены), однако постепенно отлаживается все большая гибкость в его взаимоотношениях с мамой, а через нее - с окружающим миром. У аутичного ребенка этого не происходит, напротив, к двум-трем годам требования сохранения постоянства деталей окружения нарастает и уже выглядит как патологический симптом нарушения развития.

Такой ребенок особенно чуток к соблюдению режима со всеми его мельчайшими подробностями. Характерна ранняя фиксация не только определенного впечатления, но и способа его получения. Так при однократной попытке замены грудного молока сцеженным молоком младенец не только

отказался от еды, но и кричал в часы, совпадающие со временем этой неудачной подмены ежедневно в течение двух месяцев. В младенческом возрасте для всякого ребенка предпочтительны и какая-то определенная форма пустышки и одна, наиболее удобная и привычная поза при укладывании спать, и любимая погремушка и т.д. Однако для ребенка с рассматриваемым вариантом аутистического развития нарушение этих вполне естественных привычек сопоставимо для него с реальной угрозой для жизни. Например, потеря любимой пустышки превращается в тяжелую трагедию из-за того, что совершенно аналогичную достать не удалось; невозможность поместиться в коляску - единственное место, в котором ребенок спал с рождения до трех лет, - приводит к серьезному нарушению сна малыша. Часто оказывается существенной проблемой введение прикорма, переход от жидкой пищи к твердой, расширение привычного рациона питания. Обычно это дети с наибольшей избирательностью в еде.

Так уже в первые годы жизни складывается и на протяжении долгого времени сохраняется экстремальная стабильность ограниченного набора возможных контактов со средой. Накапливается определенный набор привычных действий, из которых складывается каждый день ребенка и менять которые он не позволяет: один и тот же маршрут прогулки, слушанье одной и той же книжки или музыкальной записи, постоянное держание в руке одной и той же игрушки или какого-то предмета (например, маминой рубашки, палочки, коробочки из-под йогурта, электрической лампочки), одна и та же еда (вплоть до того, что единственной едой ребенка может стать определенной сорт печенья, причем только одной формы и размера), использование одних и тех же слов и т.д. Могут формироваться и достаточно сложные ритуалы, которые ребенок воспроизводит в определенных ситуациях и они могут выглядеть и достаточно приемлемо и совершенно нелепо, неадекватно. Например, двухлетняя девочка обязательно должна была ежедневно кружиться в определенном месте книжного магазина, держа в руке длинный огурец или батон.

С раннего возраста ребенок этой группы проявляет особую чувствительность к сенсорным параметрам окружающего мира. Очень часто уже до года наблюдается повышенный интерес к форме, цвету, фактуре окружающих предметов. Подобная тонкость восприятия поначалу может порождать у близких ребенка ощущение его замечательного интеллектуального развития. Так, родители часто рассказывают нам, как ребенок в раннем возрасте прекрасно раскладывал по цвету кубики, колечки от пирамидок, карандаши, хотя его вроде бы этому и не учили специально; на третьем году жизни хорошо запоминал и показывал буквы, цифры, страны на карте мира, цветы в ботаническом атласе: демонстрировал прекрасную музыкальную память, воспроизводя достаточно сложные ритмы и мелодии (такое пение, точнее - интонирование, может наблюдаться у такого ребенка уже до года); прекрасно запоминал стихи, о чем свидетельствовал **их** отчаянный протест при замене в них какого-то слова. Не достигнув двух лет, такие дети могли безошибочно достать с полки любимую книжку (распознав ее

корешок), прекрасно ориентировались в кнопках телевизора и т.д. Чувство формы порой выражено до такой степени, что двухлетний ребенок мог выделять в обычных окружающих его предметах скрытую в них форму шара: везде, даже на орнаменте маминого платья видеть геометрические фигуры: повсюду, вплоть до стебля одуванчика, отыскивать интересующие его “трубочки”.

Вместе с тем, такая чувствительность к сенсорным ощущениям уже в раннем возрасте порождает у детей с данным вариантом развития достаточно сложные и разнообразные формы аутостимуляции. Наиболее ранние из них, которые родители часто замечают еще на первом году жизни, - раскачивания, прыжки и потряхивания ручками перед глазами. Затем постепенно нарастает особое сосредоточение на ощущениях от напряжения отдельных мышц, суставов, застывание в характерной позе вниз головой. Одновременно начинает привлекать скрипение зубами, онанирование, игра с языком, со слюной, облизывание, обнюхивание предметов. Ребенок занимается поиском особых тактильных ощущений, возникающих от раздражения поверхности ладони, от фактуры бумаги, ткани, от перебирания и расслаивания волокон, сжимания целлофановых пакетов, верчения колесиков, крышек.

Этап развития, для которого в норме характерны однообразные многократные манипуляции с предметами, прежде всего, трясение ими и стучание обычно завершается к концу первого года жизни. На смену им закономерно приходят более сложные формы обращения с объектами, в которых ребенок уже начинает использовать функциональные свойства игрушек или объектов. Аутичный же ребенок настолько захвачен раз возникшими определенными сенсорными ощущениями, что его стереотипные манипуляции фиксируются. Например, он не пытается возить, нагружать машинку, а продолжает на протяжении ряда лет вращать колеса или держать заведенную игрушку в руках; не строит башенку из кубиков, а однообразно раскладывает их в горизонтальный ряд.

С такой же силой как положительное, фиксируется ребенком и полученное однажды отрицательное впечатление. Поэтому окружающий его мир окрашен в очень контрастные тона. Крайне легко возникают уже в раннем возрасте и остаются актуальными на протяжении ряда лет многочисленные страхи.

Причины страхов достаточно разнообразны. Часть из них порождается раздражителями, связанными с инстинктивным ощущением угрозы (например, резким движением по направлению к ребенку, фиксацией его туловища и застреванием в вороте головы при одевании, неожиданным “обрывом” в пространстве: ступенькой лестницы и отверстием люка; болью). Сам факт возникновения испуга в подобных ситуациях естественен. Необычной же бывает острота этой реакции и ее непреодолимость. Так один мальчик еще в младенчестве испугался взлетевших из-под коляски птиц, и этот страх зафиксировался на многие годы.

Чрезмерная чувствительность таких детей к сенсорной стимуляции является причиной того, что страхи легко провоцируются раздражителями повышенной

интенсивности: громким звуком (урчанием труб, стуком отбойного молотка, грохотом лифта, лаем собаки, резким голосом и т.д.), насыщенным цветом (черных волос, розетки на стене; ярко-желтого дверного крючка, красных ягод). К стимулам определенных модальностей (например, тактильной) такой ребенок может быть особо сензитивен, и тогда выраженный дискомфорт и страх может вызывать даже умеренный раздражитель (прикосновение к голове, капля сока или воды на коже). Можно представить себе, насколько в таких условиях бывают тяжелы обычные процедуры ухода за маленьким ребенком. В большинстве случаев наблюдаемых детей с подобным вариантом развития с раннего возраста (до двух лет) возникали и прочно фиксировались страхи горшка, мытья головы, стрижки ногтей, волос.

Наряду с перечисленными сильнейшими конкретными страхами у таких детей крайне легко возникает генерализованный страх, вызываемый изменением привычных условий жизни. Особенно тяжело могут переживаться перемена места жительства, переезд на дачу и обратно, выход мамы на работу, помещение в ясли и другие события, неизбежно происходящие в жизни каждого малыша. Под их влиянием у аутичного ребенка может нарушаться сон, теряться приобретенные к этому времени навыки, наблюдаться регресс речи, усиление аутостимуляционной активности и появление самоагрессии. Заметно нарушать его поведение могут и более “несерьезные” изменения - например, перестановка мебели в комнате или приход гостей в дом.

Пока такой ребенок находится под постоянной опекой матери, поддерживающей сложившийся набор возможных для него условий существования и способов взаимодействия, знающей его привязанности и страхи, понимающей и осуществляющей его желания, он в достаточной степени огражден от угрожающих моментов и связанных с ними аффективных срывов. Когда наступает критический период физического отрыва от мамы в районе года, он оказывается несостоятельным в самостоятельном развитии индивидуальных способов взаимодействия с миром и застревает на этапе уже сложившихся примитивных стереотипов контакта с окружением. У него рано и жестко фиксируются пугающие ситуации, поэтому он так отчаянно сопротивляется новизне, изменению, не решается экспериментировать, и требует сохранения постоянства. Именно поэтому у него складываются только самые простые бытовые, социальные и игровые навыки, которые жестко привязываются к ситуации, в которой они возникли. Точно также его речь остается в границах использования готовых речевых штампов.

### **Третий вариант.**

Сенсорная ранимость на первом году жизни была характерна и для этих детей. У них часто отмечался серьезный диатез, склонность к аллергическим реакциям. В первые месяцы жизни ребенок мог быть плаксивым, беспокойным, трудно засыпал, его нелегко было успокоить. Он чувствовал себя дискомфортно и на руках у мамы крутился или был очень напряжен - “как столбик”. Часто

отмечался повышенный мышечный тонус. Порывистость, резкость движений, двигательное беспокойство могло сочетаться с отсутствием “чувства края”. Так, например, одна мама рассказывала, что малыша приходилось обязательно привязывать к коляске, иначе он свешивался из нее и вываливался. Вместе с тем, ребенок был пуглив. Из-за этого его легче было организовать иногда какому-либо постороннему человеку, чем близким: например, мама никак не могла успокоить младенца после приема в поликлинике, но это легко сделала проходящая мимо медсестра.

Такой ребенок рано выделяет близких, безусловно привязывается к матери. Но именно в историях детей с данным вариантом развития наиболее часто присутствуют тревоги и переживания близких о том, что от малыша не чувствовалось достаточно осязаемой эмоциональной отдачи. Обычно его активность в эмоциональных проявлениях выражалась в том, что он их строго дозировал. В одних случаях - соблюдением дистанции в общении (такие дети описываются родителями как неласковые, холодные - “никогда головку на плечо не положит”). В других случаях дозирование осуществлялось через ограничение времени контакта: ребенок мог быть эмоциональным, даже страстным, мог одарить мать обожающим взглядом, но потом вдруг резко прекратить общение, не отвечая взаимностью на ее попытки продолжить контакт.

Иногда наблюдалась парадоксальная реакция, часто, это именно те случаи, когда ребенок, по-видимому, ориентировался на интенсивность раздражителя, а не на его качество, например, пятимесячный малыш мог расплакаться при смехе отца. При попытках взрослых более активно взаимодействовать с ребенком, устранить нежелательную дистанцию в общении, могла возникнуть ранняя агрессия. Так ребенок еще до года пытался ударить мать, когда она брала его на руки.

Когда дети с таким вариантом развития приобретали навыки самостоятельного передвижения, они тоже попадали под влияние полевых тенденций. Однако здесь больше захватывало не сенсорное поле в целом, а отдельные стойкие впечатления, очень рано начинали фиксироваться особые напряженные влечения. Так, один мальчик, гуляя по улице в двухлетнем возрасте, перебежал от дерева к дереву, страстно обнимал их и восклицал: “Мои любимые дубы!”. Такой ребенок выглядел порывистым, экзальтированным, не замечающим реальных препятствий и опасности на пути к достижению желаемого. Более того, его влечения часто исходно были связаны с переживанием испуга. У многих детей в этом возрасте обязательным занятием на прогулке было забегание в каждый чужой подъезд, чтобы зайти там в лифт или заглянуть в подвал. Типично также стремление высунуться из окна или выбежать на проезжую часть, дотронуться до проезжающей машины.

Когда родные пытаются организовать такого ребенка, возникает бурная реакция протеста, негативизма, поступков назло. Причем если мама достаточно остро реагирует на это сама (сердится, расстраивается - словом, показывает, что ее это задевает), подобное поведение закрепляется. Ребенок и здесь стремится вновь и

вновь получить то сильное впечатление, спаянное со страхом, которое он испытал при яркой реакции взрослого. Переживание ребенка в этом случае уже носит более развернутый характер, имеет некоторый сюжет, поэтому у детей с подобным вариантом развития обычно рано появляется достаточно сложная речь. Ее развитие используется прежде всего для проигрывания стереотипных сюжетов. Такой ребенок является очень “речевым” - однообразные фантазии заменяют ему не только реальную жизнь, но и реальные игровые действия. Речь активно используется и для развития других форм его аутостимуляции: он дразнит, провоцирует на отрицательную реакцию близких, произнося “нехорошие” слова, проигрывая для них в речи социально неприемлемые ситуации. Вместе с тем, для такого ребенка характерно ускоренное интеллектуальное развитие, у него рано появляются “взрослые” интересы - к энциклопедиям, схемам, счетным операциям, словесному творчеству.

#### **Четвертый вариант.**

У детей с данным вариантом аутизма особенности раннего аффективного развития выражены минимально. Скорее обращает на себя внимание небольшая задержка моторного и в большей степени речевого развития, сниженный тонус, легкая тормозимость.

Такие дети рано выделяют мать и вообще круг близких им людей. Своевременно появляется боязнь чужого человека, причем выражена она бывает очень сильно. Характерна реакция испуга на неадекватное или просто непривычное выражение лица взрослого человека, на неожиданное поведение ровесника.

Такой ребенок обычно ласков, привязчив в эмоциональных контактах с родными. Отмечается очень сильная привязанность к матери, причем в данном случае, это уже не столько физический, сколько эмоциональный симбиоз: ему нужно не только ее присутствие, но и постоянное эмоциональное тонизирование с ее стороны. Уже с раннего возраста и затем постоянно такой ребенок демонстрирует экстремальную зависимость от поддержки, одобрения со стороны родителей.

Однако, несмотря на такую сверхзависимость, он даже на первом году жизни отказывается от вмешательства родителей в свои занятия, его трудно чему-либо научить, он предпочитает до всего доходить сам. Родители одного мальчика очень точно отмечали, что его скорее можно было успокоить, эмоционально “заразить” своим состоянием, но очень трудно было отвлечь, переключить, предложить свою активную помощь. Вот характерное описание такого ребенка до года: ласковый, привязчивый, беспокойный, пугливый, тормозимый, брезгливый, “консерватор”, упрямый.

На втором-третьем году родителей начинает беспокоить медлительность, крайняя неуверенность ребенка, задержка в развитии речи, трудности освоения моторных навыков, отсутствие тенденции к произвольному подражанию. Хотя в то же время непроизвольно такой ребенок обычно перенимает мамину интонацию,



часто использует в речи эхолалии и употребляет достаточно длительно применительно к себе женский род (как говорит мама).

Попытки активно втянуть такого ребенка в целенаправленное взаимодействие приводят к быстрому его истощению, вызывают негативизм. Вместе с тем сам он может заниматься очень длительно какими-то своими манипуляциями, однообразными играми. Например, в год с небольшим один мальчик мог часами складывать детали конструктора и даже уснуть за этим занятием; другой ребенок мог целый день смотреть в окно на движущиеся поезда; это может быть бесконечное включение и выключение света, запуск юлы, проговаривание станций метро.

Момент начала самостоятельной ходьбы может быть у таких детей достаточно задержан (часто наблюдается большой временной интервал между хождением с поддержкой и попытками ходить самостоятельно), особая тормозимость при неудачах, первых падениях. Но когда такой ребенок уже начинает ходить самостоятельно, он может или стремиться не отпустить от себя маму, крепко держа ее за руку, или безудержно бежать. Нормальный кризис первого года, с описанными выше трудностями, выступает здесь в наиболее выраженном, пожалуй, даже патологически утрированном виде. И ребенок, и мама при этом чувствуют себя особенно потерянными. Стресс, переживаемый ими, обычно влечет за собой выраженную задержку моторного, речевого и интеллектуального развития, а часто проявляется и на соматическом уровне, как хроническое астеническое состояние ребенка.

### **1.5. «Трудности, возникающие у родителей детей с РАС», Никитина Юлия Валерьевна, педагог-психолог, г. Красногорск**

Неотъемлемым условием эффективной коррекционной работы и успешной адаптации ребенка с РАС является работа с его семьей. Нарушения в развитии ребенка, его поведенческие проблемы становятся сильнейшим источником стресса и приводят к дезадаптации всех членов семьи. В ходе адаптации к ситуации болезни ребенка, как правило, происходят изменения и деформация всей структуры семейных отношений: нарастают проблемы в браке, социальная изоляция, истощаются психические ресурсы родителей. При этом необходимо, чтобы родитель, несмотря на стресс, мог выполнять свои родительские функции, а также понимал задачи, этапы и конечные цели проводимой с ребенком работы.

Задача специалистов – сформировать у ребенка с РАС жизненно необходимые навыки, обеспечить условия для их реализации не только при взаимодействии со специалистом, но и дома, в школе и других общественных местах. Это существенно снизит уровень стресса у родителей и создаст необходимый ресурс для дальнейшей коррекционно-развивающей работы.

Конечным результатом работы с родителями является самостоятельное адаптированное функционирование всей семьи с возможностью дальнейшего роста и развития всех её членов.

При рассмотрении процессов, происходящих с семьей, имеющей ребенка с особенностями развития, можно выделить несколько аспектов: проблемы адаптации к ситуации болезни ребенка, детско-родительские отношения, взаимодействие родителей и специалистов.

### **Психологические переживания родителей, связанные с особенностями развития ребенка**

Появление ребенка с нарушениями развития вне зависимости от времени постановки диагноза всегда является травмой, поскольку высокий уровень стресса, переживаемый родителями, сопровождается дезадаптационными процессами в сфере их психического и физического здоровья и влечет за собой изменения на всех уровнях человеческого функционирования. Болезнь ребенка – катастрофическое событие для родителей, она вызывает в родительской паре потрясение, типичное для критических ситуаций. Хотя ребенок не умирает, происходит потеря воображаемого ребенка, его здорового образа, мечтаний, надежд, связанных с будущим его взрослением. Переживания родителей, имеющих ребенка с РАС, во многом похожи на переживания всех родителей, воспитывающих детей с особенностями развития, но при этом имеют свою специфику.

Аутизм – это общее расстройство развития, которое проявляется в возрасте до 3-х лет и характеризуется качественным нарушением социального взаимодействия и коммуникации, а также ограниченностью интересов и повторяющимся стереотипным поведением. Как правило, окончательный диагноз ставится после трехлетнего возраста. До этого момента, несмотря на наличие определенных маркеров искаженного развития, специалисты нередко оценивают их как легкие неврологические нарушения либо как задержку психического или речевого развития. Трудности диагностики, разнообразие и неоднородность нарушений, непостоянное присутствие тех или иных симптомов, различность теоретических и коррекционных подходов сильно усложняют принятие родителями диагноза ребенка и приводят их к душевным метаниям, сталкивая с большим количеством спекуляций.

Неочевидность нарушений (особенно при легких формах аутистических расстройств) зачастую вызывает склонность отрицать диагноз, побуждает к хождению от специалиста к специалисту, что погружает семью в ещё больший стресс и приводит к откладыванию лечения.

В условиях «отсроченного диагноза» семья достаточно долгое время функционирует в режиме, когда нарушения развития существуют, но они никак не названы. Осознание всей тяжести положения ребенка зачастую наступает внезапно.

В момент постановки диагноза семья порой переживает тяжелейший стресс: в три, в четыре, иногда даже в пять лет родителям сообщают, что их ребенок, который до сих пор считался здоровым или даже одаренным, на самом деле имеет серьезные проблемы. Постановка окончательного диагноза может привести к острому кризису, сопровождающемуся сильными эмоциями.

В некоторых семьях, где основная психологическая нагрузка легла на период неопределенности, родители, наоборот, отмечают, что постановка диагноза вызвала у них парадоксальное чувство облегчения, так как появились определенность и понимание (пусть и горькое) состояния ребенка. Независимо от того, начинается ли острый кризис сразу после рождения ребенка, после постановки диагноза или после стадии неуверенности, завершившейся, наконец, осознанием тяжести его состояния, для родителей наступает долгий этап приспособления к новым жизненным реалиям. Каждая ситуация – будь то ухудшение здоровья ребенка, плохие результаты теста, оценивающего уровень развития, появление странностей в поведении, начало посещения детского сада, выбор школы или подготовка к будущей профессии – может содержать для родителей опасные и тревожные импульсы, с которыми они должны научиться справляться. Родители оказываются в особом психологическом состоянии: оно тяжелее, чем, если бы болезнь ребенка была излечима, и часто даже тяжелее, чем, если бы ребенок умер.

Напряженность переживаний в семьях, имеющих детей с РАС, сильнее, чем в семьях с детьми с другими тяжелыми нарушениями развития. Стресс в большей степени проявляется у матерей, воспитывающих ребенка с РАС. Ребенок с раннего возраста не поощряет мать, не смотрит в глаза, не любит бывать на руках, иногда даже не выделяет ее из других людей, не отдает предпочтения в контакте. Такой ребенок не несет ей достаточного эмоционального отклика, радости общения. Это приводит к депрессивности, астено-невротическим проявлениям у матерей детей с РАС.

Исследования матерей, имеющих детей с РАС, показали, что их эмоциональное отношение к детям остается адекватно принимающим, позитивным. На когнитивном уровне оценка ребенка чаще всего является инфантилизирующей, отражает трудности матери в понимании своего ребенка, в построении модели его воспитания и возможности «встроиться» в социальную среду. У матерей часто складывается комплекс ролевой неполноценности и невозможность гибкой адаптации к особенностям больного ребенка. Кроме того, они испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости от своих детей. Отцы, как правило, проводят больше времени на работе: на них ложатся обязанности материального обеспечения семьи, которые носят долговременный характер. Братья и сестры аутичных детей тоже испытывают определенные трудности, так как родители нередко вынуждены жертвовать их интересами. Они могут чувствовать обделенность вниманием, ощущать, что родители их любят меньше. Иногда они разделяют заботы семьи, а

иногда и отстраняются, что дополнительно ранит родителей. Ранимость семьи с аутичным ребенком усиливается в периоды его возрастных кризисов и в те моменты, когда семья проходит определенные критические точки своего развития: поступление ребенка в дошкольное учреждение, в школу, достижение им переходного возраста. Наступление совершеннолетия и обозначающего его события (получение паспорта, перевод к взрослому врачу и т.п.) порой вызывают у семьи еще больший стресс, чем постановка диагноза.

Таким образом, для семей, имеющих ребенка с РАС, существуют следующие факторы повышенного стресса: неопределенность диагноза, тяжесть и продолжительность расстройства, трудности с соответствием общественным нормам. Неспособность ребенка с РАС взаимодействовать с окружающими людьми, защитное избегающее поведение, сильные эмоциональные реакции, которые ребенок не умеет контролировать, приводят в замешательство всю семью. Ребенок часто не может донести до родителей свои потребности, что существенно затрудняет расшифровку его эмоционального состояния. Непредсказуемость поведения ребенка в присутствии других людей вызывает у родителей тревогу и стыд. Жизнь после диагноза оборачивается для родителей сплошным затянувшимся кризисом с цепью непредвиденных событий, которые всегда вызывают печаль и чувство страха.

Состояние стресса для семьи, которая продолжает «сражаться» за своего ребенка, с этого момента нередко становится хроническим. В нашей стране это во многом связано с отсутствием налаженной системы помощи аутичным детям, с тем, что в существующих детских учреждениях дети с необычным и сложным поведением «не приживаются». Непросто найти специалиста, который взялся бы работать с таким ребенком. На местах, как правило, помочь ему не берутся, приходится не только далеко ездить, но и месяцами ждать, когда подойдет очередь консультации.

Как и само хроническое состояние ребенка, стрессовая ситуация длится многие годы; она развивается вместе с взрослением ребенка и не позволяет родственникам отвлечься от нее. Семья аутичного ребенка часто лишена и моральной поддержки знакомых, а иногда даже близких людей. Окружающие в большинстве случаев ничего не знают о проблеме аутизма, и родителям бывает трудно объяснить им причины разлаженного поведения ребенка, его капризов, отвести от себя упреки в его избалованности. Нередко семья сталкивается с нездоровым интересом соседей, с недоброжелательностью, агрессивной реакцией людей в транспорте, в магазине, на улице и даже в детском учреждении. Во всем мире семьи, воспитывающие аутичных детей, оказываются более страдающими, чем семьи, имеющие детей с другими особенностями, в том числе с ментальными нарушениями.

### **Взаимодействие родителей и специалистов**

Для того чтобы работа с семьей шла успешно, и взаимодействие было эффективным, специалистам службы ранней помощи необходимо знать особенности конкретной семьи: как семья проживает кризис, какие психологические защиты используются, как распределяются роли в семье, с какими ежедневными трудностями сталкиваются родители, как они с ними справляются. Достичь этого можно лишь путем внимательного выслушивания всех членов семьи, открытого и уважительного общения. Специалист, работающий с ребенком с РАС, должен учитывать особую ранимость, остроту переживаний его родителей, уважать их психологические защиты. Специалистам часто кажется, что их долг – решить все проблемы семьи, донести до родителей любыми способами всю объективную информацию, помочь ребенку. Однако ни один специалист, только работая над проблемами семьи и вместо родителей занимаясь с их ребенком, не в состоянии быстро избавить родителей от той боли, которую они постоянно испытывают. Необходимо работать вместе с родителями, понимая процессы, происходящие с ними, уважая этих людей и помогая им почувствовать гордость за то, что они делают в этой трудной ситуации.

Важно собирать все фрагменты повседневной жизни семьи ребенка с РАС, активно привлекая к этому родителей, обсуждать с ними поведение ребенка, воздерживаться от активного вмешательства, даже если специалист не согласен с действиями родителей. Выдерживая патологические формы поведения ребенка с РАС, специалист должен уметь эффективно работать и при этом эмоционально принимать ребенка. Правильное взаимодействие специалиста с ребенком послужит моделью для родителя. Понимание индивидуальных особенностей взаимоотношений родителей и ребенка позволяет специалисту, с одной стороны, корректировать дезадаптирующие ребенка неэффективные способы взаимодействия в семье, а с другой стороны, – найти сильные ресурсные зоны семьи, на которые можно опереться в своей работе.

В дальнейшем специалист должен постепенно уходить в тень, снижать уровень авторитарности и контроля, который так актуален на первых этапах работы, давая возможность родителю самому выработать свои уникальные способы взаимодействия с ребенком, что позволит взять чувство ответственности за развитие своего ребенка на себя.

В последние годы все больше родителей понимают, что они могут иметь право подвергать сомнению авторитет профессионалов. Во время лечения и обучения своего ребенка родители знакомятся с другими родителями, делятся с ними своими историями и узнают, что страдают от одних и тех же проблем. Существуют различные организации, объединяющие людей с нарушениями и их родственников, где они узнают о возможности общественной деятельности и о защите своих прав. Доступная информация в Интернете, специализированные издания для родителей детей с особыми нуждами и т.п. знакомят родителей с их правами и обучают стратегиям взаимодействия со специалистами.

Возрастающее осознание родителями собственных прав и приобретение опыта по защите этих прав – важный шаг на пути к установлению истинно партнерских отношений между родителями и специалистами. В рамках партнерских отношений возможности родителей в развитии собственного ребенка оказываются в фокусе внимания специалистов и высоко оцениваются.

Специалисты пришли к выводу, что семьи, воспитывающие детей с нарушениями в развитии, имеют значительные внутренние ресурсы. Родитель, продолжающий испытывать скорбь по поводу нарушений у ребенка, вполне может оставаться заботливым и компетентным.

Таким образом, хорошие отношения специалистов и родителей являются существенным элементом помощи семье, и важно, чтобы работающие с семьями специалисты имели понимание, время и умения, необходимые для работы в партнерстве. Изучение реакций родителей на заболевание ребенка, их способы адаптации к длительному стрессу, нахождение факторов, влияющих на переживания родителей, будет способствовать построению адекватного и продуктивного контакта между семьей и специалистом, что позволит повысить эффективность коррекционно-развивающей работы с ребенком.

**1.6. «Позиции родителей детей с РАС», Баенская Елена Ростиславовна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории содержания и методов коррекционного обучения детей с эмоциональными нарушениями Института коррекционной педагогики РАО, г. Москва**

Итак, характерные признаки аутистического развития могут проявляться в раннем возрасте по-разному. Они выражаются с большей или меньшей интенсивностью, начинают проявляться сразу, либо проходит какой-то этап относительно благополучного развития с едва уловимыми тенденциями будущего неблагополучия. Поэтому и родители оказываются в разном положении: состоянии изначального беспокойства и внезапном осознании того, что блестяще развивающийся ребенок имеет столь серьезные проблемы.

В части случаев, это ощущение у близких возникает ближе к 2 - 2,5 годам. В это время трудности впервые могут стать очевидны. Например, разладился сон, появились какие-то выраженные страхи или навязчивые движения, стала уходить речь, ребенок перестал реагировать на обращения и др. Обычно это привязывается к какой-то болезни или к какому-то тяжелому переживанию малыша, к возникновению стрессовой для него ситуации. Например, мама вышла на работу, а ребенок стал оставаться в чужом доме у родителей отца, которых раньше видел редко; или малыш гостил летом у бабушки в деревне - (“Там вроде бы он был в порядке, но когда привезли домой - почти перестал говорить”); или была неудачная попытка отдать в ясли; или он перенес какое-то серьезное соматическое

заболевание; или, наконец, просто тяжело резались зубы (так, у одной девочки в 1 год 8 месяцев именно в это время начались сильнейшие крики по ночам, оформились страхи, стала пропадать речь). Выдвигаемые объяснения вполне понятны: ведь формирующаяся детская психика так хрупка, но она и пластична. Однако, в данном случае, неблагоприятная ситуация проходит, а проблемы не только уменьшаются, но, наоборот, начинают нарастать и фиксироваться.

Крайне важно понять, как складываются отношения близких с ребенком в таких непростых условиях, какой положительный и отрицательный опыт они уже приобретают в контактах с ним до того времени, как попали на консультацию к специалисту и получили необходимые рекомендации, как они сами оценивают этот опыт, какими им представляется динамика психического состояния ребенка и дальнейшие перспективы. Конечно, все истории этих сложных взаимоотношений, также как и истории развития самих детей, которым в итоге был поставлен ранний детский аутизм, по-своему уникальны. Однако, также как существуют сходные, достаточно типичные по своим основным проявлениям варианты аутистического развития, отражающие закономерность его протекания, так и имеются сходные установки родителей на понимание особенностей ребенка и подходы в его воспитании. Рассмотрим некоторые, наиболее характерные из них.

#### **Вариант первый.**

Обычно это очень преданные родители, стремящиеся как можно скорее исправить положение. Они делают отчаянные попытки преодолеть трудности - несмотря ни на что, привлечь внимание ребенка, наладить с ним взаимодействие достаточно директивным путем - пересилить “упрямство”, заставить, не идти у него на поводу. Достаточно часто такую роль берет на себя кто-то один, например - отец, которому кажется, что мама слишком балует, во всем уступает прихотям малыша и поэтому он совершенно ее не слушается, не знает слова “нельзя”. И дело здесь совсем не всегда в какой-то особой жесткости стиля воспитания. Обычно отец, проводящий большую часть времени на работе, не имеет возможности постоянно видеть ребенка и убедиться в том, что его отчаянные требования неизменности окружения, в том числе - постоянного присутствия матери, какие-то пристрастия, пресыщаемость в контактах - больше, чем каприз, трудности обучения обычным бытовым навыкам - самостоятельного держания ложки в руке, освоения горшка - больше, чем нежелание. К тому же, как мы уже неоднократно говорили, у малыша умный взгляд, иногда в своей логике поведения он может продемонстрировать сообразительность и способность, что естественно повышает к нему уровень требовательности. И, конечно, жалко измученную маму, которую он может буквально тиранить. Надо сказать, что такой директивный, не терпящий возражений подход (особенно если он осуществляется в спокойной, бесстрастной форме) иногда срабатывает - ребенок действительно может однократно выполнить инструкцию и организовать себя. Но, к сожалению, очень непродолжительно, и это не оказывает решающего влияния на его развитие. Такая экстремальная

необходимость “собраться” требует от ребенка такого напряжения, что в итоге он разряжается опять же на матери или в ее присутствии. С другой стороны, постоянное превышение реально доступного малышу уровня взаимодействия может спровоцировать возникновение новых и даже более острых поведенческих проблем - фиксированных страхов, в том числе своих близких, нарастающего негативизма, агрессии - все это приводит к еще большему уходу от контакта, большим сложностям повседневной жизни.

#### **Вариант второй.**

Как правило, это очень чуткие, бережно подходящие к малышу родители. Поэтому они занимают скорее выжидательную позицию. Почувствовав, что ребенку комфортнее со своими не всегда понятными занятиями, родители перестают пытаться в них активно вмешиваться, пассивно принимают его таким, какой он есть; поддерживают лишь те ограниченные формы взаимодействия, против которых он не протестует или которые он активно требует. Обычно при этом близкие очень тонко чувствуют состояние малыша, знают, что ему может понравиться, но еще больше - что может вызвать его негативную реакцию. Поэтому они свехосторожны, не пытаются сами хотя бы немного изменить сложившиеся стереотипы отношений с ним, строго соблюдают все его привычки, “запреты”, требования. Понятно, что таким образом родители с годами настолько втягиваются в этот патологический замкнутый круг, проживая изо дня в день один и тот же ограниченный сценарий, что зачастую сами поддерживают сохранение стереотипности в поведении ребенка. При этом складывающееся ощущение постоянной однообразности, отсутствия движения, переживание собственной беспомощности часто порождают у них депрессивное состояние. В таком состоянии невозможно эмоционально отреагировать на прорвавшуюся живую реакцию малыша, адекватно поддержать его редкую инициацию контакта, наконец, сохранять в семье атмосферу взаимопонимания, душевной поддержки и безопасности. Таким образом, невольно возникает как бы вторичная аутизация ребенка и, в итоге, ограничение возможностей его развития.

#### **Вариант третий.**

Такие родители демонстрируют более естественный и гибкий подход: активный, направленный, но вместе с тем и осторожный. С одной стороны, он выражается в постоянном внимании к каждому проявлению активности ребенка, которое может быть использовано для коммуникации и исследования окружения. Вместе с тем, не упускается и малейшая возможность спровоцировать такую активность. Избегается давление на ребенка, но интуитивно используются приемы произвольного включения его в ситуацию объединенного со взрослым внимания, комментирования того, на что смотрит малыш; того, что он делает.

Такой подход, безусловно, самый продуктивный. Даже когда развитие ребенка очевидно идет по аутистическому типу, мы видим, что при всем при том, в этих условиях не теряется окончательно связь ребенка с близкими, не



накапливается тяжелый груз преимущественно негативного опыта взаимодействия с ними и складываются постепенно рычаги эмоциональной регуляции его поведения. Из историй развития детей нам удастся почерпнуть много блестящих родительских находок в формировании этих рычагов управления психическим развитием ребенка. Приведем несколько примеров.

Пример первый. Младенец демонстрировал слишком большую избирательность в общении - признавал только маму, улыбался только ей и то ограниченно и редко. Отец, сильно переживавший эту ситуацию, постарался понять, когда малыш ей улыбается. Оказалось, что улыбка возникает всегда, когда мама подходит к сыну в определенном халате, красочный орнамент на котором ему, видимо, очень нравился. То есть оживление ребенка, усиление его гуления, улыбка возникали, прежде всего, на мамин халат, а не на ее лицо и голос. Тогда папа стал регулярно надевать этот халат, подходя к малышу, и “срывать” его улыбку. Одновременно он подставлял ребенку свое улыбающееся лицо, так постепенно стало возможным непосредственное эмоциональное “заражение” - улыбка провоцировала улыбку. Внешне эмоциональное общение отрабатывалось как бы механистически, однако на самом деле для запуска механизма аффективного “заражения” и возможной на его основе синтонности переживаний не хватало дополнительной стимуляции, она была найдена и очень разумно использована.

Пример второй. Родителей беспокоило то, что младенец мало гулил и замолкал, когда кто-нибудь из взрослых пытался подхватить его звуки. Тогда они стали гулить сами - друг перед другом в присутствии ребенка, но не обращаясь прямо к нему. Подобное “представление” очень занимало малыша, он оживлялся, радовался и в итоге тоже начинал им вторить.

Пример третий. Близкие ребенка постоянно с раннего возраста сталкивались с тем, что малыша было очень трудно произвольно сосредоточить на чем-либо: на игрушке, картинке, на своем лице. С полутора лет его любимым занятием было раскачивание на качелях - и на улице и дома. Тогда мама и бабушка стали подсовывать малышу книжку, картинку, игрушку во время качания. Получалось, что пока качели удалялись - приближались, он успевал передохнуть, но в то же время он никуда не уходил окончательно, он мог бросать взгляд на расстоянии - таким образом, нужное впечатление и информация давались дозированно, ритмично, но в результате - достаточно длительно. Также на качелях некоторые дети к двум годам осваивали буквы, которые показывали и называли родители; начинали под ритм движения качелей повторять стихи. На качелях же легче возникало эмоциональное заражение от лица взрослого, получался самый первый вариант “прятки”, когда мама прячет лицо и открывает (известно, какой восторг при этом испытывают младенцы) - таким образом происходило сосредоточение на ее лице.

Родители, владеющие даром такого подхода, конечно, тоже прекрасно чувствуют состояние своего малыша, в большинстве ситуаций хорошо его

понимают. Однако, им самим тоже нужна постоянная поддержка. Ежедневный, требующий огромной и психической и физической выносливости кропотливый труд, в ответ на который то возникает какое-то ответное движение ребенка, то нет, то он обнадеживает, то разочаровывает; постоянная тревога за его будущее; вынужденное ограничение собственных отношений с миром, частое непонимание окружающих и даже родных - вот те постоянные условия, в которых живут и борются за своего малыша его близкие. Конечно, временами не хватает сил и опускаются руки, возможны даже серьезные срывы и ошибки, не всегда ощущается положительная динамика состояния ребенка. Именно поэтому рядом с близкими постоянно должен быть специалист, который поможет адекватно оценить движение в развитии малыша и продумать следующий его шаг.

## **Глава 2. Диагностика расстройств аутистического спектра**

В настоящее время к расстройствам аутистического спектра (РАС) относятся специфические нарушения развития, характеризующиеся качественным нарушением социального взаимодействия, коммуникации, ограниченными интересами и деятельностью, повторяющимся стереотипным поведением. РАС у детей диагностируется на основе данных клинического обследования. В ряде случаев достаточно собрать семейный анамнез, сделать опрос родителей и провести анализ поведения ребенка: его способность налаживать связь, поддерживать зрительный контакт и т.д. Однако, несмотря на общие черты, дети с РАС составляют очень неоднородную группу. Такая неоднородность проявлений влечет за собой трудности, связанные с диагностикой расстройств аутистического спектра.

Трудности выявления детей с РАС заключаются в следующем:

- отсутствие биологического теста;
- изменения проявлений РАС с возрастом;
- вариативность проявлений у разных детей;
- вариативность проявлений у одного и того же ребенка в разных условиях;
- частичное наложение симптомов с другими состояниями;
- различия в понимании диагностических критериев;
- различия в проведении наблюдений.

Трудности диагностики заключаются в следующем:

- помощь психиатров доступна только с 3 лет;
- не все стандартизированные методы учитывают специфику детей, например, при предъявлении заданий;
- отсутствие комплекта методик на русском языке;
- ограничение методов по возрасту (хронологическому и ментальному);
- отсутствие определенности с диагнозом откладывает начало раннего вмешательства.

## 2.1. Диагностическое обследование

Для постановки диагноза основополагающим является изучение анамнеза, клинической картины заболевания и оценка состояния в динамике. РАС диагностируются по наличию или отсутствию определенных моделей поведения, характерных для данного возраста. Диагностика должна проводиться командой специалистов, включающей в себя психолога, невролога, психиатра, психотерапевта, педиатра, логопеда-дефектолога, других экспертов, имеющих опыт работы с детьми с особыми потребностями. Единовременной консультации часто бывает недостаточно для своевременной диагностики данных расстройств. Диагностика расстройств аутистического спектра включает три этапа.

**Первый этап – скрининг** — быстрый сбор информации о социально-коммуникативном развитии ребенка для выделения группы специфического риска из общей популяции детей, оценки их потребности в дальнейшей углубленной диагностике и оказании необходимой коррекционной помощи (без точной их квалификации) с опорой на основные индикаторы аутистических расстройств в детстве.

В мире разработан и широко используется стандартизованный скрининговый инструментарий: экспресс-оценка аутистических проявлений — ADOS (Давид Гродберг, 2011); модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста M-CHAT (Robins, Fein & Barton, 1999); социально-коммуникативный опросник — SCQ1 (Майкл Раттер (Michael Rutter, M.D., F.R.S.), и более подробного интервью ADI-R – «золотого стандарта» диагностики РАС (Lord et al., 1994); анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет) (Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Иванов М.В., 2015).

Поскольку скрининг не используется для выставления диагноза, его могут осуществлять педиатры, невропатологи, педагоги, психологи, медицинские сестры, сами родители. Международная ассоциация педиатров рекомендует проводить скрининг в возрасте 9, 18, 24 (30) месяцев — в критические периоды онтогенеза.

**Второй этап – диагностика и дифференциальная диагностика аутизма проводится врачом-психиатром.**

Согласно международной системе классификации болезней (МКБ-11), предложенной Всемирной организацией здравоохранения, выделяются следующие диагностические критерии расстройств аутистического спектра:

**Качественные нарушения взаимодействия**, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

- а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию;
- б) неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками;

в) отсутствие социо-эмоциональной зависимости, что проявляется нарушенной реакцией на других людей, отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;

г) отсутствие общих интересов или достижений с другими людьми.

**Качественные аномалии в общении**, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие спонтанной речи, без попыток компенсировать этот недостаток жестикующей и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития);

в) повторяющаяся и стереотипная речь;

г) отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более младшем возрасте) подражательных игр.

**Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность**, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы (нервные привычки);

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

**Третий этап – диагностика развития:** проводится психологами и педагогами, направлена на выявление индивидуальных особенностей ребенка, характеристику его коммуникативных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы.

Большой научно-исследовательский и научно-практический интерес во всем мире вызывает комплекс методик РЕР (Psychoeducation Profile), предложенный американскими учеными E. Schopler и R. Reichler с соавторами в 1979 году. В настоящее время используется РЕР-3.

Шкала РЕР позволяет определить степень зрелости 7 когнитивных сфер и параметров психической деятельности ребенка: подражания, восприятия, тонкой моторики, крупной моторики, зрительно-двигательной координации, когнитивных представлений, вербальной сферы.

Наряду с указанной оценкой, РЕР позволяет оценить выраженность аутистических расстройств по 5 аутистическим сферам: аффект, взаимоотношения, использование материала, сенсорные модели, особенности речи. Общий балл, полученный в результате выполнения 12 субшкал РЕР, отражает когнитивное (познавательное, интеллектуальное) развитие и возможности социальной адаптации, коммуникации у больных с аутистическими расстройствами.

Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование дает информацию об индивидуально-психологических свойствах и психическом состоянии больного с РАС, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики.

## **2.2. Методы выявления признаков расстройств аутистического спектра у детей дошкольного возраста**

Основные трудности ранней диагностики аутизма заключаются в следующем:

- наиболее ярко картина нарушения проявляется после 2,5 лет. До этого возраста часто симптомы выражены слабо, в скрытой форме;
- часто педиатры и детские психиатры не знают проблемы, не могут разглядеть в ранних симптомах аномалии развития;
- родители, которые замечают "необычность" своего ребенка, доверившись неспециалисту и не получив адекватного подтверждения, перестают бить тревогу.

Кроме этого, аутизм может встречаться в соединении с другими расстройствами, которые связаны с нарушением функции мозга, такими как вирусные инфекции, нарушения обмена веществ, отставание в умственном развитии и эпилепсия. Важно различать аутизм и умственные расстройства или шизофрению, так как путаница в диагностировании может привести к несоответствующему и неэффективному лечению.

Все методы обследования можно разделить на следующие:

- неинструментальные (наблюдение, беседа);
- инструментальные (использование определенных диагностических методик)
- экспериментальные (игра, конструирование, тесты, анкеты, действия по образцу);
- аппаратные экспериментальные (информация о состоянии и функционировании мозга, вегетативной и сердечно-сосудистой системы; определение физических пространственно-временных характеристик зрительного, слухового, тактильного восприятия и т.д.).

Одним из общепринятых методов аппаратного обследования детей с аутизмом является диагностика особенностей структуры мозга. При этом полученные результаты являются очень разнообразными: у разных людей с аутизмом обнаруживают аномалии в различных отделах мозга, но до сих пор не определена специфическая мозговая локализация патологии, присущая только аутизму. Однако, даже если не выявляется какая-либо патология мозга, все равно идет речь об аутизме как органическом поражении, вызванном, например,

нарушением связи между различными отделами мозга, что трудно обнаружить при диагностике.

Лабораторные исследования оценивают состояние крови, иммунитет, выявляют наличие производных ртути и других тяжелых металлов, причины дизбактериоза. Ведь известно, что аутистические расстройства часто сопровождаются, например, поражением кишечника. Конечно, желательно каждому ребенку, у которого обнаружены особенности развития по аутичному типу, пройти углубленное медицинское обследование, включающее оценку зрения и слуха, а также полное обследование у педиатра и невролога. Но следует знать, что сегодня не существует специфических лабораторных исследований для определения нарушений аутистического спектра.

для диагностики раннего детского аутизма чаще всего применяется ряд опросников, шкал и методик наблюдения.

Среди них:

1. Опросник для диагностики аутизма, адаптированный вариант (Autism Diagnostic Interview - ADI-R) 93 пункта интервью с родителями, которые направлены на такие линии развития, как: Общение, Социальное взаимодействие, Повторяющееся и стереотипное поведение
2. Шкала наблюдения для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Observation Schedule - ADOS)
3. Шкала социальной зрелости (Vineland Adaptive Behaviour Scale - VABS)
4. Шкала рейтинга детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale - CARS)  
Рейтинговая шкала детского аутизма, стандартизированный инструмент, основанный на непосредственном наблюдении за поведением ребенка в возрасте от 2 лет в 15 функциональных областях: взаимоотношения с людьми; имитация; перцепция (зрительный контакт, реакция на слуховые раздражители, вкус, обоняние и осязание); эмоциональный ответ; тревожные реакции и страхи; моторика, координация движений; игра (использование предметов); адаптация к изменениям; вербальная коммуникация; невербальная коммуникация; уровень активности; уровень и постоянство интеллектуальных ответов; общее впечатление. Каждый из 15 параметров оценивается по 4- балльной шкале, возможные итоговые суммарные оценки могут варьировать от 15 до 60 баллов. Итоговая оценка в диапазоне от 15 до 29 баллов соответствует отсутствию аутизма, 30-36 баллов – легкому/умеренно выраженному аутизму, 37-60 – тяжелому. В диапазоне тяжелого аутизма в ряде случаев дополнительно выделяют крайне тяжелый аутизм (42 -60 баллов).
5. Поведенческий опросник для диагностики аутизма (Autism Behavior Checklist - ABC).
6. Контрольный список оценки показателей аутизма (Autism Treatment Evaluation Checklist - АТЕС).
7. Опросник для диагностики социальных заболеваний и нарушений способности к общению (Diagnostic Interview for Social and Communicative Disorders - DISCO)

8. Шкала определения тяжести аутизма у детей.
9. Опросник родителей для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Parents Checklist - ADPC).
10. Шкала наблюдения «Суммарная оценка поведения» (Behavioural Summarized Evaluation - BSE).
11. Опросник по аутизму у маленьких детей (Checklist for Autism in Toddlers - CHAT). Опросник для выявления аутизма у малышей. Возраст ребенка 18 месяцев. Была разработана в Англии и опубликована в 1992 году исследователями Baron-Cohen S., Allen J. и Gillberg C.. Состоит из 14 вопросов, на 9 отвечают родители, на 5 клиницист.
12. Опросник по спектральным нарушениям развития ребенка (PDD - pervasive developmental disorder)

Некоторые из этих диагностических процедур (CHAT, PDD, АТЕС, шкала Вайленда) постепенно становятся популярными в России, при этом никаких сведений про адаптацию и стандартизацию этих методик у нас нет, а перевод чаще всего осуществляется самими педагогами.

13. M-CHAT Modified-Checklist for Autism in Toddlers. (Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA.), 2001. Состоит из 23 вопросов, на все вопросы отвечают родители. Возраст ребенка 18 - 30 месяцев.

Благодаря распространению скрининговых методик для малышей РАС стали выявлять раньше.

При обследовании ребенка с РАС должны учитываться его психоэмоциональные особенности и потребности. При выборе количества и объема диагностических методик - мотивационные условия, которые могут повлиять на поведение ребенка, особенности обработки сенсорной информации, готовность ребенка следовать вербальным инструкциям.

### **2.3 «ADOS – 2 план диагностического обследования при аутизме как метод дифференциальной диагностики в ранней помощи», Вайтулевичюс Надежда Геннадьевна, специальный педагог службы ранней помощи, методист Научно-методического отдела КГАУ ЦКРИ г. Пермь, Лимонова Анастасия Владимировна специалист по коммуникации службы ранней помощи, методист Научно-методического отдела КГАУ ЦКРИ г. Пермь**

Диагностировать РАС (выставить диагноз психического расстройства) имеет право врач-психиатр, задача психологов и педагогов – как можно раньше начать заниматься с ребенком, имеющим отклоняющиеся формы поведения, помочь ему адаптироваться в семье, детском коллективе и, безусловно, направить к врачу-психиатру, если это не было сделано ранее. К сожалению, дети с расстройством

аутистического спектра выявляются поздно, в большинстве случаев в дошкольном и школьном возрасте, хотя родители, задолго до этого замечают странные формы поведения своего ребенка и обращаются к педиатрам, неврологам. Из-за недостаточных знаний врачей, психологов, педагогов о расстройствах аутистического спектра упускаются сензитивные периоды развития ребенка, а его аутистическая симптоматика закрепляется и прогрессирует. Совокупность медикаментозных и психолого-педагогических методов в раннем возрасте помогают улучшить функционирование ребенка, сформировать навыки необходимые для жизни. Исследования о строении и развитии человеческого мозга подтверждают, что мозг ребенка раннего возраста обладает необыкновенной пластичностью — способностью к изменениям.

Ранняя помощь — это развитие способностей познавать окружающий мир и функционировать в этом мире. Специалисты службы ранней помощи помогают ребенку быть наблюдательным, проявлять интерес к окружающему миру и человеку, инициировать и поддерживать взаимодействие с членами семьи, разделять эмоции. Важнейшие умения для ребенка — те, которые мотивируют его играть, общаться, пользоваться речью (хотя самой речи пока может и не быть).

Ранняя помощь включает в себя следующий порядок оказания услуг: выявление дефицитов в развитии ребёнка на первичном приеме, проведение углубленной междисциплинарной/дифференциальной оценки активности и участия ребёнка в естественных жизненных ситуациях, составление и реализация программы ранней помощи, и заканчивается процессом перехода ребёнка в дошкольное учреждение.

Выявление на первичном приеме нуждаемости ребенка в ранней помощи:

На этом этапе подтверждаются или отклоняются причины для беспокойства.

Во время проведения первичного приема в службе ранней помощи, специалисты обращают внимание на трудности из основных областей МКФ, характерные для ребенка с РАС в возрасте от 1 года до 3 лет, а именно:

• Трудности в области получения и применения знаний:

- Стереотипные узконаправленные интересы
- Трудности с имитацией и копированием
- Трудности с функциональным использованием предметов во время игры
- Трудности с игрой с использованием воображения и игрой «понарошку»
- Трудности с умением делать выбор

• Трудности в области общих задач и требований

- Трудности с изменением режима



- Трудности с выполнением задания по инструкции
- Трудности в управлении поведением и умением справляться со стрессом
- Трудности в области коммуникации
  - Трудности в коммуникативных умениях
  - Трудности в получении и понимании сообщений
  - Трудности в продуцировании сообщений разными средствами
- Трудности в области межличностного взаимодействия
  - Трудности с соблюдением социальных правил и норм
  - Трудности с проявлением интереса к другому человеку
  - Трудности с инициацией и поддержанием взаимодействия
  - Трудности с совместным вниманием

По результатам скрининга М-чат и наблюдения за ребенком в ходе первичного приема, специалистами выдвигается гипотеза о наличии у ребенка РАС.

Дифференциальная диагностика, и отнесение ребенка к диагностической группе:

Для подтверждения или опровержения выдвинутой гипотезы проводится дифференциальная диагностика ADOS-2, позволяющая отнести ребенка к диагностической группе.

ADOS-2 это стандартизированная методика, позволяющая при наличии подозрения на расстройства аутистического спектра оценивать особенности общения, социального взаимодействия и игры. Структурированные виды деятельности и материалы методики позволяют создать стандартные ситуации, в которых могут проявиться формы поведения, важные для диагностики аутизма. Во время исследования заранее подготавливаются коммуникативные провокации, в которых обычный ребенок ведет себя «обычным» образом, ребенок с аутизмом — иначе. После проведения наблюдения проводится подсчет, какого поведения было больше — обычного, или «аутичного». Заполняются бланки для записи обследования и кодирования результатов, анализируется видео. По результатам подсчета выявляется диагностическая категория: аутизм, спектр аутизма, вне спектра аутизма.

ADOS-2 включает в себя пять модулей. Каждый из модулей предлагает стандартные виды деятельности (задания), позволяющие наблюдать за формами поведения, важными для диагностики расстройств аутистического спектра на разных уровнях развития и в разном хронологическом возрасте.

- Модуль Т – для детей ясельного возраста от 12 до 30 месяцев. Предусматривает оценку уровня обоснованности беспокойства.
- Модуль 1 – для детей от 31 месяца, не владеющих речью или использующих отдельные активные слова. Позволяет определить степень выраженности симптомов, связанных с аутистическим спектром.
- Модуль 2 – для детей любого возраста, владеющих фразовой, но не беглой, речью. Позволяет определить степень выраженности симптомов, связанных с аутистическим спектром.
- Модуль 3 – для детей и младших подростков, владеющих беглой речью. Позволяет определить степень выраженности симптомов, связанных с аутистическим спектром.
- Модуль 4 – для старших подростков или взрослых с беглой речью. Позволяет определить степень выраженности симптомов, связанных с аутистическим спектром.

В ранней помощи используются модули: Т, 1, 2

В модуле Т определяется степень риска развития РАС: уровень основания для беспокойства диапазон: нет - от умеренного до высокого уровня.

В модулях 1,2 определяется:

- Диагностическая группа: вне спектра аутизма, спектр аутизма, аутизм.
- Степень выраженности симптомов: от нет - до высокой степени.

При этом фиксируются данные по таким параметрам:

- Речь и коммуникация: речь — количество слов, предложений, интонация, эхолалии; попытки привлечь внимание; стереотипные слова или предложения; диалог; указывание пальцем; жесты.
- Социальное взаимодействие: взгляд в глаза; реакция на имя; выражение лица; совместные действия; качество социальной инициативы; взаимность.
- Игры — функциональные, символические и включающие воображение: разнообразна ли игра ребенка, ее качество; есть ли игра «понарошку»; качество воображения. Стереотипное поведение и ограниченные области интереса: сенсорные ощущения; самостимуляция; повторяющиеся действия; агрессия и самоагрессия.

После проведения диагностики специалисты пишут заключение, с которым знакомят родителей и отдают им на руки. Данное заключение родители могут предоставлять врачу-психиатру, если это будет необходимо.

Результаты дифференциальной диагностики ADOS-2 позволяют определить направление дальнейшего сопровождения ребенка и его семьи. Если по результатам подсчета выявляется диагностическая категория вне спектра аутизма, ребенку и семье назначают ряд углубленных оценок специалистов в соответствии с выявленными у ребенка ограничениями жизнедеятельности, составляется и реализуется индивидуальная программа раннего вмешательства.

Если по результатам подсчета выявляется для модуля Т: степень беспокойства; диагностическая категория для модуля 1,2: спектр аутизма или аутизм, назначается углубленная оценка навыков – куррикулум, предназначенная для детей с РАС, после которой составляется и реализуется индивидуальная программа раннего вмешательства по Денверской модели.

### Пример

Яше 29 месяцев. Начиная со времени, когда ему был один год, родители беспокоились о его развитии, особенно в области общения и социального взаимодействия. Родители изучали информацию о детях с РАС на родительских форумах в интернете, и заподозрили, что его поведение может свидетельствовать о РАС. В возрасте 29 месяцев они обратились к неврологу, который их направил в Службу ранней помощи. На первичном приеме специалисты обратили внимание на следующие особенности: очень короткий контакт «глаза в глаза»; во время игры и коммуникации с мамой/папой, не отвечает, когда зовут по имени, нет лепета и жестов. М-чат показал более 3 критичных вопросов. На междисциплинарном консилиуме специалисты приняли решение провести дифференциальную диагностику ADOS – 2, модуль Т, так как Яше было 29 месяцев, по результатам оценки R-CDI выявлено отставание в сферах: коммуникация, межличностное взаимодействие, познание. Показатели по данным областям развития соответствовали возрасту 14 месяцев.

Обследование при помощи модуля Т проходило в Службе ранней помощи, в небольшом кабинете. Мать Яши присутствовала при обследовании, которое проводили два специалиста. После обследования специалисты заполнили протокол. Общее число баллов алгоритма Яши соответствовало диапазону от умеренного до высокого уровня основания для беспокойства. В заключении для родителей специалисты отметили, что результаты свидетельствовали о РАС. В частности, они подчеркнули трудности Яши в инициации общения и социальной взаимности, а также задержку речевого развития и повторяющееся использование предметов. Также у Яши были отмечены трудности с установлением глазного контакта, разделенными эмоциями и удовольствием от взаимодействия.

На углубленной оценке - курикулум, специалисты определили наличие навыков у ребенка. В соответствии с выявленным дефицитами навыков коммуникативного и социального развития; запроса родителей, специалист по коммуникации совместно со специальным педагогом разработали для Яши и его семьи

индивидуальную программу ранней помощи, в которой, задачи направлены на развитие языка и речи с упором на функциональное общение, а не артикуляцию: смотреть в глаза, направленно вокализировать, использовать жесты для коммуникации; развитие игровых умений: играть с различными простыми детскими игрушками в соответствии с их назначением (бросает мяч, строит из кубиков, катает машинки), самостоятельно играть с игрушками, выполняя два разных моторных действия (положить - достать).

Таким образом, применение ADOS-2 «Плана диагностического обследования при аутизме» на этапе дифференциальной диагностики нарушений развития у детей раннего возраста позволяет повысить эффективность вмешательств и оптимизировать разработку индивидуальной программы сопровождения.

#### **2.4. «Рекомендации при проведении первичного приема с детьми, имеющими РАС», Самарина Лариса Витальевна, Ермолаева Евгения Евгеньевна, Игрушкина Татьяна Викторовна, Институт раннего вмешательства, г. Санкт-Петербург**

##### **Организация системной модели ранней помощи для семей с детьми с РАС.**

Для организации качественной системной модели ранней помощи необходимо, чтобы данная модель включала в себя все обязательные технологические компоненты сопровождения.

Первый этап – раннее выявление детей с РАС, включающее в себя наблюдение за развитием, проведение скринингов развития и проведение процедуры первичного приема в Службе ранней помощи, с целью выявления рисков попадания в спектр аутистических расстройств и включения ребенка в программу раннего вмешательства.

Второй этап – проведение комплексной дифференциальной психолого-медико-педагогической диагностики с целью постановки заключения о наличии или отсутствии у ребенка РАС.

Третий этап (проводится параллельно со вторым этапом) – проведение углубленной оценки развития ключевых навыков с целью построения функциональных целей и задач программы помощи.

Четвертый этап – реализация программы помощи для ребенка и семьи с целью развития функциональных навыков у ребенка и повышения компетентности родителей ребенка с РАС.

Пятый этап – организация выхода ребенка из программы раннего вмешательства и перехода ребенка в образовательное учреждение с целью поддержки ребенка и семьи в образовательном учреждении и обеспечении инклюзивного образования для ребенка.

Если по результатам наблюдения за развитием у ребенка был выявлен риск наличия РАС, необходимо направить семью в соответствующую службу для проведения скрининга. Наиболее соответствующим учреждением, где может быть проведен скрининг, является Служба раннего вмешательства / ранней помощи. Как правило, скрининг на наличие у ребенка РАС проводится на **первичном приеме**. Процедура проведения состоит из двух шагов.

Первый шаг - до первичного приема родителям предлагается заполнить опросник М-СНАТ «Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста» (см. Приложение 1). Данный тест применяется для детей в возрасте от 18 до 30 месяцев, состоит из ряда утверждений, родителям нужно, наблюдая за поведением ребенка ответить, имеются ли данные навыки у ребенка.

Второй шаг – на первичном приеме специалисты знакомятся с результатами теста М-СНАТ. Как правило, для уточнения результатов теста специалисты проводят с родителями интервью по каждому утверждению опросника, просят родителей привести примеры поведения ребенка или объяснить, почему они дали тот или иной ответ. Если ребенок набирает критическое количество баллов по результатам обработки теста, делается заключение о наличии у ребенка риска РАС.

#### **Организация и проведение первичного приема семьи и ребенка с опорой на «Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» для выявления признаков РАС.**

Для совершения более обоснованного вывода о риске наличия РАС у ребенка специалисты на первичном приеме наблюдают за поведением ребенка, совершают практические пробы. Для этого используется рамка МКФ-ДП - бланк Первичного приема.

Первичный прием является процедурой, обязательной для входа ребенка и семьи в программу раннего вмешательства /ранней помощи. Первичный прием проводится по выверенной технологии двумя специалистами, один из которых медицинской специальности, второй – психолого-педагогической. Цель первичного приема: выявить, имеются ли у ребенка значимые ограничения жизнедеятельности в одной или нескольких областях функционирования, обозначенных в МКФ-ДП:

- d1 научение и применение опыта
- d2 общие задачи и требования
- d3 коммуникация
- d4 мобильность
- d5 забота о себе
- d6 участие в повседневной жизни
- d7 социальное взаимодействие
- d8 главные сферы жизни (участие в игре)
- d9 участие в общественной жизни

### Алгоритм проведения первичного приема:

1. Оценка трудностей в повседневной жизни.
2. Оценка активности и участия ребенка, а именно, оценка уже имеющихся у ребенка способностей к выполнению какой-либо деятельности, имеющихся навыков.
3. Оценка трудностей, с которыми ребенок встречается при выполнении деятельности, и определение степени трудности.
4. Изучение нарушений функций и структур организма, которые потенциально могут влиять на формирование умений и выполнение деятельности в целом.
5. Исследование и оценка влияния на функционирование ребенка факторов окружающей среды и личностных факторов.

Все виды исследований и оценок проводятся на основе интервью с родителями, полуструктурированного наблюдения за поведением ребенка, реальных практических проб, выполняемых специалистами или родителями по просьбе специалистов.

По итогам исследований и оценок специалисты формулируют ряд гипотез о причинах, приводящих к имеющимся у ребенка трудностям.

**Особенности поведения ребенка, трудности в функционировании, которые ведут к формулированию специалистами гипотезы о наличии у ребенка РАС.**

| <b>Разделы домена</b>   | <b>Наблюдаемые трудности, которые сигнализируют о возможном наличии РАС</b>   |
|---|---|
| <b>Домен «Научение и применение опыта (d1)»</b>   |   |
| Любозытность, интерес, стремление к получению опыта   | Проявляет слабый, кратковременный интерес к игрушкам, игре с игрушками, берет их и достаточно быстро бросает.   |
| Целенаправленное использование органов чувств   | Может проявлять повышенное стремление к получению сенсорного опыта: трогает, нюхает. Или проявляет выраженную непереносимость каких-либо сенсорных ощущений.  |
| Способ получения знаний: наблюдение, копирование, общение, игра (манипулятивная, исследовательская, двигательная, социальная, на решение проблем, с притворством) | Предпочитает получать знания на основе самостоятельных действий с предметами. Репертуар игр ограничен манипулятивными, двигательными играми, которые носят стереотипный характер. Нет или очень немного совместного внимания. |
| Применение знаний (концентрация внимания, решение проблем, притворство)   | Наблюдаются трудности с концентрацией внимания на продуктивной деятельности. При этом надолго задерживается на повторяющейся, манипулятивной деятельности.  |

|   |  |
|---|--|
|   | Не понимает или не поддерживает игры понарошку.  |
| <b>Общие задачи и требования(d2)</b>  |  |
| Выполнение одной простой задачи, нескольких простых задач по порядку  | Могут быть трудности с тем, чтобы быть внимательным к взрослому, слушать указание, следовать указаниям.  |
| Выполнение сложной задачи (одевание)  | Могут быть большие трудности с освоением сложных задач.  |
| Следование распорядку дня   | Часто быстро усваивает режим дня и стремится строго следовать ему, расстраивается, если что-то меняется.   |
| Управление стрессом   | В ситуации стресса тревожится, демонстрирует нетипичные формы поведения, например, кружится, машет ручками, убегает, похлопывает себя по голове.   |
| Управление своим поведением   | Есть трудности в управлении поведением, могут быть истерики, с которыми трудно справиться; бывают вспышки гнева, может в это время кусать, бить, щипать взрослого.   |
| <b>Коммуникация (d3)</b>  |  |
| Коммуникативные умения (смотрит в лицо, внимателен, слушает, подражает, соблюдает очередность)  | Дефицит глазного контакта, трудности с вниманием к коммуникативному партнеру, нет подражания, не понимает, что такое очередность.  |
| Получение и понимание сообщений   | Родители говорят, что им кажется, что ребенок не понимает сообщений, на приеме ребенок может понимать простые сообщения при значительной поддержке.  |
| Продуцирование сообщений с использованием невербальных средств, слов, фраз  | Варианты: полностью отсутствует речь, как средство коммуникации; если речь есть, то она эхоталлична, со странными интонациями, стереотипными повторениями.   |
| Разговор  | Диалог с соблюдением очередности сильно затруднен.   |
| <b>Забота о собственном теле и здоровье (d5)</b>  |  |
| Умение мыться, уход за частями тела (умение чистить зубы, причесываться, чистить нос), туалет, одевание, раздевание, прием пищи и питье | Затруднено приобретение новых навыков, имеются предпочтения в еде, ее консистенции; жестко следует рутинам; трудности в освоении туалетных навыков; предпочтения в одежде и следование им, сопротивление изменениям. |

| <b>Межличностное взаимодействие (d7)</b>  |  |
|---|--|
| Соблюдение социальных правил и поддержание социальной дистанции во время взаимодействия | Трудности с социальной дистанцией (уходит, если взрослый приближается к нему)  |
| Социальное взаимодействие   | Проявляет слабый интерес к другим людям, не интересуется детьми, сам не инициирует взаимодействие, убегает, не участвует в совместных играх. Трудности с разделением эмоций, не допускает физического контакта со специалистами. |
| <b>Основные жизненные сферы (d8)</b>  |  |
| Дошкольное образование (участие)  | Ребенок может посещать детский сад, но при этом имеет значительное количество трудностей с участием в коллективных занятиях, выполнением указаний педагога, совместных играх с детьми.   |
| Участие в игре  | Предпочитает играть один, иногда участвует в двигательных играх, например, бежит рядом.  |

Если по результатам всех скрининговых мероприятий сделан вывод о высоком риске РАС у ребенка, семья направляется на психолого-медико-педагогическую диагностику для отнесения ребенка к диагностической группе РАС.

Психолого-медико-педагогическая диагностика направлена на решение основных целей:

- сделать заключение о наличии у ребенка РАС
- сделать заключение о наличии у ребенка другого нарушения
- выявить наличие и оценить степень выраженности нарушений сопутствующих РАС

Соответственно для решения этих целей диагностика должна включать в себя следующие компоненты.

1. Отнесение к диагностической группе РАС.
2. Оценка слуха и зрения.
3. Оценка уровня развития коммуникации, игры и повторяющегося поведения.
4. Оценка когнитивного развития.
5. Оценка моторных навыков.
6. Оценка адаптивных навыков.
7. Оценка сенсорных особенностей, сенсорной интеграции.
8. Проведение ряда дополнительных медицинских обследований, например, обследование невролога, генетика, педиатра.



Для проведения такой комплексной диагностики необходима работа междисциплинарной команды специалистов: специальный педагог, логопед, психолог, эрготерапевт, педиатр.

Клинический диагноз «аутизм» в Российской Федерации может поставить психиатр и только после достижения ребенком 5 лет. Поэтому большинство психиатров избегает постановки такого диагноза детям в возрасте до 3-х лет. Однако специалисты психолого-педагогического профиля могут, используя подходящие инструменты, отнести ребенка к диагностической группе «расстройство аутистического спектра».

Зав. отделом Центра специального образования Е.В.Морозова подчеркивает, что целесообразно организовывать обследование детей с РАС в виде комплексной психолого-педагогической диагностики, которую, особенно на начальном этапе, лучше проводить одному специалисту (как правило, психологу). Это позволяет ребенку привыкнуть к новой ситуации, дает возможность ему хотя бы немного адаптироваться, сориентироваться в пространстве кабинета, ослабить тревожность и опасения. По мере того как ребенок будет привыкать к новой обстановке, другие специалисты могут постепенно включаться в процедуру обследования. Необходимо сопровождать инструкцию доступной наглядностью, по возможности, краткой и схематичной. Важно создать для ребенка ситуацию успеха, даже если он внешне на это никак не реагирует.

При проведении первичного приема специалистам службы ранней помощи следует учитывать такие рекомендации:

- перед первичным приемом необходимо предупредить родителей о недопустимости принудительного контакта;
- заблаговременно из зоны досягаемости для ребенка должны быть исключены бьющиеся или острые предметы, вода, еда и прочее, «сухой» бассейн должен быть прикрыт;
- из-за гиперчувствительности дети с аутизмом тонко реагируют на посторонние шумы, зрительные стимулы. Поэтому в кабинете должно быть мягкое освещение, тишина, отсутствие резких запахов;
- если ребенок проявляет выраженный негативизм или страх, рекомендуется предложить выбрать игрушку (игрушки заранее подготовлены и лежат в определенном месте);
- снижение психического тонуса у детей с РАС проявляется в том, что ребенок не выдерживает малейшего напряжения, быстро истощается. Поэтому рекомендуется дать ребенку возможность отдохнуть;
- если ребенок возбужден, не слышит или не хочет слышать взрослого, лучше перейти на шепотную речь;
- в случае если ребенок демонстрирует выраженный негативизм в ответ на просьбы и задания, можно попробовать подключить, например куклу из

набора кукольного театра, и обращаться с просьбами к кукле, поощрять ее выполнять задания.

- на начальном этапе взаимодействия снизить активность специалиста, если только ребенок сам не вступил в контакт;
- во время проведения процедуры следовать за интересами и инициативой ребенка, дозировать положительные эмоции.

## Глава 3. Особенности работы специалистов служб ранней помощи с детьми с РАС

### 3.1 Организация пространства и среды при работе с детьми

При расстройствах аутистического спектра отмечается нарушение социального взаимодействия, коммуникации и поведения. У детей нарушен процесс усвоения социального опыта, системы социальных связей и отношений. Дети с аутистическими расстройствами не усваивают основные правила и паттерны социального поведения, с трудом приобретают необходимые для жизни социальные и коммуникативные навыки.

По данным современных исследований, нарушения, возникающие у детей с расстройствами аутистического спектра, связаны с трудностями переработки сенсорной информации, поступающей из окружающего мира. В результате у них не формируются адекватные представления о физическом и социальном окружении, что является основой для успешной социализации. Правильная организация окружающей окружающего пространства и среды способствует преодолению данных трудностей, помогая ребенку понять значение явлений материального и социального мира.

Адаптация окружающей среды включает организацию пространства, в котором находится ребенок и времени (режим дня).

Правильная **организация пространства** дает аутичному ребенку возможность лучше усвоить социальные функции других предметов, помещений, сформировать способы социально приемлемых действий с предметами, ситуативные социально-поведенческие паттерны и коммуникативные навыки. Для этого необходимо соблюдать ряд условий: окружающая обстановка ребенка должна характеризоваться **упорядоченностью и умеренностью**.

Для того чтобы создать **упорядоченное** пространство, необходимо:

1. Определить функциональное назначение каждого помещения дома и на занятиях. Например, кухня-для приема пищи; ванна - для мытья; прихожая - для одевания, раздевания, переобувания; кабинет рисования-для рисования; кабинет релаксации-для отдыха и т.д.

Каждая комната и кабинет условно должны быть разделены на «зоны» для различных видов деятельности. Например, в комнате ребенка должна быть «зона

отдыха», «игровая зона», «учебная зона». В «зоне отдыха» может стоять диван, кресло, телевизор. В «игровой зоне» - шкаф с игрушками, играми. В «учебной зоне» - стол, компьютер, полки с учебными материалами (пластилин, краски).

2. Всегда выполнять определенный вид деятельности только в соответствующем помещении. Прием пищи - на кухне, обувание ботинок - в прихожей, занятие - в «учебной зоне». Недопустимы перекусывание - в раздевалке, сон - в кровати родителей.

У каждого ребенка должны быть сформированы четкие упорядоченные представления о том, **что** и **где** он должен делать. Создание порядка и предсказуемость действий позволяют аутичному ребенку наилучшим образом адаптироваться к окружающей обстановке, формировать ситуативные социально-поведенческие паттерны.

3. Предметы быта, домашнего обихода, учебные и игровые материалы должны находиться только в соответствующем помещении или «зоне». Это помогает ребёнку в полной мере осознать социальные функции различных предметов, лучше ориентироваться в окружающей обстановке.

Перемещение предметов в несоответствующее для них место неприемлемо и значительно осложняет ориентацию в пространстве и познание социальных функций и предметов, помещений. Например, недопустимо куртку вешать в комнату, игрушки на кухню.

**Умеренность** окружающего пространства подразумевает разреженность, не перегруженность квартиры или кабинета предметами быта, домашнего обихода, учебными и игровыми материалами. Все предметы, находящиеся в помещении, должны быть функциональными и **немногочисленными**. Например, наличие «нефункциональных» сувениров и различных элементов украшения может рассеивать внимание ребенка, препятствовать познанию социальных функций предметов окружающего мира, отвлекать от непосредственного социального взаимодействия и коммуникации с другими людьми.

Особое значение в процессе социализации и развития коммуникации имеет организация бытового, игрового и учебного пространства.

При организации **бытового пространства** используются подсказки, помогающие ребенку ориентироваться в окружающем мире и формирующие адаптивное социальное поведение. Условно такие подсказки можно разделить на 3 вида: ориентировочные, коммуникативные и социально-поведенческие.

В качестве **ориентировочных подсказок** чаще всего используются общеупотребительные пиктограммы с изображением предметов и действий, обозначающих определенные помещения, виды деятельности. Например, на пиктограммах может быть изображение человека, выбрасывающего мусор, рисунок телефонной трубки, мужчины и женщины и т.д. Эти пиктограммы символизируют: место, где находится мусорный ящик, телефон и туалет. Такие визуальные подсказки приклеиваются в соответствующих местах: на дверях, в детском саду, детском центре и т.д. Пиктограммы дают ребенку не только

сориентироваться в окружающем мире, но и напоминают, какие социальные действия можно совершить в отведенном месте. Они являются сигналом для выполнения определенных социальных стереотипов и способствуют социализации ребенка.

Примером **коммуникативных подсказок** могут служить ситуативные таблички с текстом, расположенные в соответствующих местах. Например, на двери туалета может быть табличка «я хочу в туалет», на входной двери «открой дверь», на шкафу с одеждой «давай одеваться» и т.д.

В качестве **социально-поведенческих подсказок** используются рисунки, пиктограммы с изображением действий, соответствующих социальной ситуации. Например, на кухне - фотография с изображением семьи, кто где сидит за столом, или последовательность картинок как чистить зубы и т.д. Также примером может быть социально-поведенческой подсказки может служить лист с правилами поведения на занятиях, прикрепленный в кабинете напротив рабочего места для ребенка. Листы с правилами поведения разрабатываются для каждого индивидуально в зависимости от того, какие формы адаптивного поведения нужно сформировать, а какие формы дезадаптивного поведения уменьшить.

Использование аналогичных подсказок даёт ребенку образец действий, служит стимулом для демонстрации определенных социально приемлемых форм поведения и устранения асоциального поведения.

Обязательным условием для организации бытового пространства является наличие **средств коммуникации**. Особенно часто используется коммуникативная доска и коммуникативный альбом, включающий фотографии, пиктограммы. Используя эти средства коммуникации, ребенок и окружающие его люди могут инициировать социальное взаимодействие.

При организации **игрового пространства** важно обеспечить его привлекательность, удобство и возможность для социального взаимодействия и коммуникации между ребенком и его «партнером» по игре. Эти условия очень важны, поскольку дети с расстройством аутистического спектра часто не мотивированы на социальную игру.

Желательно, чтобы в игровой зоне был мягкий однотонный ковер, на котором ребенок сможет играть, шкаф с игрушками и играми, а также игровой стол. В игровом шкафу находятся только игровые предметы и игрушки, интересные для ребенка. Для каждого вида игрушек выделяется отдельная полка. Например, на одной полке располагаются мягкие игрушки, на другой - игрушечная посуда, на третьей - настольные игры и т.д.

Необходимо наличие отдельного, именно «игрового», стола. Недопустимо, чтобы игра ребенка проходила за учебным/рабочим столом. Расположение игрового стола также должно помогать установлению социального контакта и коммуникации. Желательно, чтобы расположение игрового стола обеспечивало возможность нахождения партнеров по игре друг напротив друга. Для сокращения

дистанции между «игроками» удобно использовать небольшой стол квадратной формы.

Организация **учебного пространства** осуществляется также последовательно, что постепенно расширяет возможности социализации и коммуникации ребенка.

В учебном пространстве должны быть стол и стул, соответствующие росту ребенка, и отдельный шкаф, в котором находятся только учебные материалы.

На первом этапе работы по формированию учебного поведения учебное пространство организуется таким образом, чтобы ребенок не отвлекался от выполнения задания. Основной принцип организации рабочего места - ограничение пространства. На этом этапе рабочий стол находится непосредственно у стены, на которой закреплена доска. Ребенка сажают лицом к доске, а взрослый располагается позади него, осуществляя необходимую помощь. Таким образом, непосредственного социального контакта и коммуникации не происходит.

Постепенно парта отодвигается от стены, а взрослый перемещается в зону видимости ребенка и занимает положение между доской и рабочим столом. На этом этапе социальное взаимодействие усиливается. Ребенок перемещает и распределяет внимание между учебным заданием и педагогом.

На третьем этапе занятия проводятся в малой группе (состоящей из двух детей). Их рабочие столы находятся рядом - напротив доски. Дети выполняют одинаковые хорошо знакомые интересные задания. У них появляется возможность наблюдать и имитировать действия друг друга, ощутить себя частью микросоциума. Постепенно группа аутичных детей расширяется до 5 детей.

Поэтапная организация учебного пространства предоставляет возможность для развития социализации и коммуникации детей с расстройствами аутистического спектра.

Важную роль в процессе социализации детей с подобными расстройствами имеет организация времени, режима дня.

Режим дня предоставляет собой последовательность принятых в обществе социально-поведенческих актов и событий. Различные явления окружающего мира и события, происходящие с аутичными детьми, часто в их сознании не связаны с определенными временными рамками. У них не формируется структура времени, они как бы «потеряны» во времени. В результате у детей с расстройствами аутистического спектра не формируется понимание последовательности социальных действий. События, происходящие с ними в течении дня, оказываются неупорядоченными, бессвязными, хаотичными. Аутичные дети не знают, в какой момент совершаются, определенные социальные действия. Это отрицательно сказывается на их социализации.

Для преодоления данных трудностей рекомендуется создание специального режима дня для детей с аутистическими нарушениями. Учитывая склонность к стереотипам, характеризующую детей с аутизмом, режим дня должен иметь определенную последовательность и повторяемость. Тогда социальные события и действия в сознании аутичного ребенка становятся упорядоченными.

При планировании режима дня необходимо учитывать, что у детей с аутизмом понимание речи сильно ограничено. Привычные для обычных людей вербальные способы объяснения событий и явлений окружающего мира для них недостаточны. Поэтому ребенку нужно наглядно продемонстрировать последовательность событий или действий при помощи фотографий или карточек с изображением предполагаемой последовательности. Благодаря таким визуальным подсказкам ребенок понимает, какие социально-поведенческие акты необходимо совершать в определенный момент времени.

В качестве символов для обозначения определенных событий могут быть использованы:

- Различные предметы, символизирующие определенное событие (например, шампунь может обозначать купание, тарелка-обед и пр.);
- Фотографии (самого ребенка, выполняющий определенный вид деятельности, изображение необходимого предмета, вызывающего ассоциации с определенным видом деятельности или режимным моментом);
- Рисунки, пиктограммы;
- Карточки с надписями (письменная речь).

Для организации деятельности ребенка в течение дня используйте расписание. Дети с аутизмом не могут самостоятельно планировать время, поэтому взрослые должны помочь им составить расписание распорядка дня. Режим дня для каждого ребенка индивидуален.

Составление расписания необходимо начинать с последовательности двух событий «Сначала-Потом». Например, сначала-уборка, потом - прогулка. Когда ребенок понял принцип работы по расписанию, состоящему из двух пунктов, тогда его можно постепенно усложнять. Со временем ребенок сможет усвоить распорядок целого дня.

Работа по организации режима дня с использованием расписания помогает ребенку осознать закономерности повседневной социальной жизни, увидеть взаимосвязь между различными событиями. Постепенно ребенок начинает понимать, что сначала нужно помыться, а только потом ложиться спать и пр. В результате понимания последовательности событий позволяет ребенку стать более самостоятельным, помогает ему усвоению социально-бытовых навыков, в формировании адекватных поведенческих паттернов.

Для успешной работы необходимо ежедневно использовать расписание дня. Только в этом случае у ребенка будет закрепляться алгоритм выполняемых действий, формироваться ориентировка в последовательности повседневных социальных событий, появится возможность предсказывать собственные действия в течение дня и умение самостоятельно своевременно их выполнять.

Важно, чтобы установленный режим дня соблюдался всеми членами семьи независимо от того, где находится ребенок (дома, на даче и пр.). Это способствует

переносу сформированного распорядка дня за пределы собственной квартиры и обеспечивает возможности социализации в других социальных условиях.

Необходимо комментировать происходящее в течении дня события и действия, используя простые высказывания. Это существенно улучшает у ребенка понимание ситуативной речи, дает возможность наилучшим образом осознать происходящее вокруг. Например, если ребенку каждый раз, собираясь на улицу, показывать фотографию с изображением детской площадки и говорить «идем гулять», то вскоре он будет понимать значение этих слов без дополнительной наглядной опоры.

Ежедневный распорядок дня может включать следующие режимные моменты: подъем, уборка постели, туалет, умывание, зарядка, завтрак, занятие за столом, прогулка, обед, занятие на компьютере, ужин, игра, купание и сон.

В зависимости от индивидуальных особенностей ребенка расписание дня может быть более или менее детализированным. Если ребенок понял принцип работы по расписанию дня, то нужно вводить расписание на неделю. Для этого можно использовать расчерченный по дням недели лист ватмана. Фотографии событий или картинок крепятся на ватмане при помощи липучек.

Когда ребенок усвоил основные режимные моменты и научился ориентироваться в распорядке дня, в расписание необходимо включать различные события, не относящиеся к повседневным, например, поездка на дачу, прогулка по городу, поход в гости, в магазин и пр. Кроме того, нужно обязательно вносить небольшие изменения в повседневные действия и события. Например, приучать ребенка к поездкам по различным маршрутам, на разных видах транспорта и т.д. Это необходимо для того, чтобы разнообразить жизнь ребенка, расширить набор стереотипов, возможности социализации.

Работа по включению в распорядок дня непредсказуемых для ребенка событий очень важна. В жизни каждого человека случаются неожиданные перемены. В случае если ребенок с аутизмом привыкает к исключительно жесткому распорядку, он оказывается неподготовленным к различным изменениям. В результате подобную ситуацию ребенок воспринимает слишком болезненно, в его сознании происходит разрушение сложившегося привычного образа окружающего мира. Он испытывает сильный стресс, что приводит к «эмоциональным срывам» и вспышкам дезадаптивного поведения. Поэтому необходимо заранее постепенно приучать ребенка к возможным изменениям в распорядке дня, что подготовит его к непредсказуемым ситуациям. Например, если взрослый с ребенком ходят за покупками в один и тот же магазин, то в случае его закрытия на ремонт ребенок окажется не подготовлен к этому. Если ребенок ходит в разные магазины, то закрытие одного из них окажется менее болезненным для ребенка.

Включение различных событий в расписание должно осуществляться постепенно, поэтапно, от более простого к более сложному. Это позволит ребенку постепенно адаптироваться и привыкать к изменениям в жизни. На первом этапе в течение дня нужно включать только кратковременное событие, чтобы не вызывать

у ребенка негативной реакции. Затем в расписание можно включать события более длительные по времени. На следующем этапе взрослый моделирует два кратковременных события в течение суток. Количество, длительность и интенсивность событий для каждого ребенка определяется индивидуально в зависимости от его особенностей.

Когда ребенок привыкает к тому, что каждый день происходят различные события, и не чувствует чрезмерного психологического потрясения, можно планировать более длительные мероприятия, требующие перестройки привычного распорядка (например, поездку на природу, к знакомым и пр.). Подготовка ребенка к таким серьезным изменениям должна проходить заблаговременно (например, можно показать ребенку фотографии дома отдыха, по возможности съездить туда заранее и т.д.).

Последовательная систематическая работа по организации режима дня и планирование непривычных для ребенка событий позволит сформировать у него набор разнообразных социально-поведенческих паттернов, необходимых для повседневной жизни. В результате, ребенок будет чувствовать себя более уверенно, что поможет его социализации и коммуникации.

## 3.2. Программы и методики для детей раннего возраста с РАС

### Программа «Ранняя Пташка» – «Early Bird»

Программа разработана Национальным обществом аутизма Великобритании в 1997 году. Early Bird нацелена на помощь детям с РАС через обучение их родителей. Это программа помощи родителям, имеющим детей-дошкольников с расстройствами аутистического спектра (РАС), которые недавно узнали о диагнозе ребенка. Главная задача программы EarlyBird как раз и заключается в том, чтобы помочь родителям лучше понимать своего ребенка и эффективно помогать ему. Расстройства аутистического спектра могут проявляться по-разному в каждом конкретном случае, и каждый ребенок требует индивидуального подхода и внимания, которые может дать ему только родитель. И родители не должны чувствовать себя беспомощными в ситуации, когда их ребенку нужна особая поддержка.

Основная цель программы: помощь детям с аутизмом через обучение их родителей.

Задача программы:

- Дать родителям и/или другим членам семьи (бабушкам, дедушкам, опекунам и пр.) современную информацию о том, что такое аутизм, как дети с аутизмом воспринимают окружающий мир, как аутизм проявляется у конкретного ребенка.
- Помочь родителям в принятии диагноза.
- Дать родителям возможность выработать эффективные способы общения с ребенком, помочь лучше справляться с трудным поведением.



- Познакомить с современными подходами к оказанию помощи детям с расстройствами аутистического спектра.

- Родители имеют возможность поделиться своим опытом воспитания ребенка с РАС и увидеть, как с другие семьи справляются с ребенком в повседневных ситуациях.

Кто может принять участие в программе?

- Родители детей дошкольного возраста, которым был поставлен диагноз аутизм.

- Для членов одной семьи зарезервировано 2 места.
- В программе одновременно принимает участие члены от 4 до 6 семей. Продолжительность программы – 8 недель. В нее включены групповые тренинги и 4 домашних визита в каждую из семей. Продолжительность одного группового занятия – 2, 5 часа. Важной частью работы являются видеозаписи, сделанные во время домашних визитов: они помогают родителям увидеть себя в общении с ребенком, посмотреть, как работают отдельные стратегии общения, увидеть то, что действительно работает, а что стоит немного изменить.

#### **Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом – «Early Start Denver Model»**

Авторы: Салли Дж. Роджерс (Sally Rogers), PhD — профессор психиатрии в Институте исследований мышления Калифорнийского университета в Дэвисе (США); Джеральдин Доусон (Geraldine Dawson), PhD — профессор психиатрии в Университете Дьюка (США); директор-основатель знаменитого Центра аутизма при Вашингтонском университете; специализируется в области ранней диагностики аутизма и раннего вмешательства, а также в области томографии мозга и генетических исследований, Лори А. Висмара (Laurie A. Vismara), PhD — ведущий специалист Института исследований мышления Калифорнийского университета в Дэвисе, сертифицированный специалист в области прикладного анализа поведения; разрабатывает инновационные способы обучения профессионалов и родителей методикам раннего вмешательства. Денверская модель раннего вмешательства — широко применяемая в мире и показавшая высокую результативность методика помощи детям с аутизмом и РАС. Основу этой методики составляют стратегии, которые трансформируют практически любые повседневные дела, процедуры и режимные моменты в эффективные техники игрового взаимодействия, общения и обучения. Эффективность данной методики подтверждена многолетними научными исследованиями и практическими результатами.

**Денверская модель раннего вмешательства (The Early Start Denver Model — ESDM)** – комплексный поведенческий подход раннего вмешательства для детей с [РАС](#), в возрасте от 12 до 48 месяцев. Программа включает в себя **учебный план развития**, где:

- навыки, которым ребенку необходимо обладать по достижению определенного возраста,

- набор обучающих ситуаций для достижения поставленных целей.

Программа не привязана к конкретной обстановке она может быть реализована командой специалистов и/или родителями, на групповых и индивидуальных занятиях, в условиях центра или дома.

Психологи *Салли Роджерс* и *Джеральдин Доусон*, кандидаты наук, разработали «**Денверскую модель раннего вмешательства**» в качестве расширенной и дополненной версии Денверской Модели (*Denver Model*). Эта программа раннего вмешательства соединяет модель развития, ориентированную на построение взаимоотношений с уже проверенными методами обучения, описанными в прикладном анализе поведения (АВА).

Ее основные характеристики включают:

- применение поведенческого анализа в естественных условиях;
- ориентацию на этапы развития (онтогенез);
- глубокое и всестороннее участие родителей;
- фокус на межличностном общении и положительных эмоциях;
- занятия совместной деятельностью;
- обучение речи и коммуникации в рамках положительных взаимоотношений.

#### **Что говорят исследования?**

*Денверская модель раннего вмешательства является единственной всеобъемлющей моделью раннего вмешательства, действенность которой была подтверждена рандомизированными клиническими испытаниями для работы с детьми с РАС в возрасте 18 месяцев.*

Она была признана эффективной для детей с РАС с самыми разнообразными стилями обучения и способностями. В 2009 было доказано, что дети с серьезными проблемами обучения получают такой же положительный эффект от участия в этой программе, как и дети, не имеющие особых проблем в обучении. Выявлено, что дети, которые получали терапию по Денверской модели раннего вмешательства в течение 20 часов в неделю (15 часов с профессиональными терапевтами и 5 часов с родителями) в течение 2-летнего периода, продемонстрировали более существенное **улучшение когнитивных и речевых способностей и адаптивного поведения**, а также меньшее проявление симптомов аутизма, чем дети, участвовавшие в стандартных программах вмешательства.

#### **Кто обладает квалификацией для реализации Денверской модели раннего вмешательства?**

Терапевтом может быть психолог, поведенческий терапевт, оккупационный терапевт, специалист по патологии речи и языка, специалист раннего вмешательства или педиатр. Важным в данном случае является наличие у них знаний, подготовки и сертификации для работы с Денверской Моделью.

#### **Как специалисты могут обучиться работе в рамках Денверской модели раннего вмешательства?**

Квалифицированные специалисты могут принять участие в учебном семинаре, а затем предоставить видеозаписи их использования методов Ранней Денверской Модели в ходе терапевтических сессий работы с детьми. Сертификация требует, чтобы терапевт продемонстрировал способность корректно и точно реализовывать данные методы в соответствии с высокими стандартами, установленными ведущими специалистами в области Денверской модели раннего вмешательства.

Это гарантирует, что сертифицированный специалист владеет знаниями и навыками для успешного использования данных стратегий обучения детей с аутизмом.

### **Каким образом родители могут обучиться данным методам?**

Участие родителей является важной частью программы Ранней Денверской Модели. Если ребенок получает подобную терапию, инструктор объяснит и смоделирует стратегии, которыми вы будете пользоваться в домашних условиях.

Кроме того, доктор Доусон и доктор Роджерс посчитали необходимым разработать отдельное пособие для обучения родителей. Они опубликовали книгу [\*«An Early Start for Your Child with Autism»\*](#) в соавторстве с Лори Висмара. В книге приводятся полезные советы и практические стратегии, которые легко интегрируются в повседневную деятельность и игровую активность. По словам авторов, данная книга будет полезна всем родителям, а не только тем, чей ребенок обучается по технологии Ранней Денверской Модели.

### **Программа ASSERT**

Программа – ASSERT интенсивная поведенческая программа для самых маленьких детей. Автор: Томас Хигби, профессор факультета специального образования Университета штата Юта, доктор наук, директор и автор программы ASSERT. Основной задачей этой программы, работающей с 2003 года, является совершенствование возможностей системы образования в предоставлении эффективного, основанного на данных современных исследований, обучения для детей с аутизмом. ASSERT отличается от многих других программ тем, что здесь учат и детей, и их родителей, и их учителей. Кроме того, ASSERT – это также и исследовательская база по разработке эффективных стратегий вмешательства для детей с аутизмом и ресурсом поддержки для сотрудников образовательных учреждений по всему штату. Программа раннего вмешательства для малышей с аутизмом ASSERT помогает подготовить специалистов интенсивных служб ранней помощи. Это программа, сочетающая в себе основные компоненты прикладного анализа поведения (ABA) и являющаяся функционирующей современной базой для обучения поведенческих аналитиков. Именно программы, основанные на идеях прикладного анализа поведения, на сегодняшний день являются единственными программами помощи для детей с аутизмом, эффективность которых доказана.

### **Какие технологии используются в программе ASSERT?**

Программа направлена на развитие навыков, которые детям с аутизмом часто нелегко осваивать. Прежде всего это коммуникация, социальные навыки, навыки самостоятельности и самообслуживания, а также важные академические навыки, которые дают возможность следовать образовательным программам в дальнейшем. Дети посещают программу, занимаясь по четыре часа каждый день как наедине с педагогом, так и участвуя в групповых активностях с другими малышами. В центрах и детских садах, где используется программа, организованы интенсивные утренние и послеобеденные занятия. Специалисты постоянно проводят тщательную оценку навыков и потребностей каждого ребенка. Для этого они используют программу VB-MAPP, а также разработанные в программе ASSERT методы оценки. Также они применяют различные технологии оценки подкреплений, технологии оценки поведения, коммуникации и социальных навыков.

### **Какие подходы, доказавшие эффективность, используются в программе ASSERT?**

#### **Обучение методом дискретных проб (ДТТ)**

Один из самых распространенных методов обучения детей с РАС. В данной технологии навыки разбиваются на маленькие блоки, которые затем разучиваются отдельно. Первоначальное обучение происходит в условиях обедненной среды (в кабинке), а затем, по мере совершенствования навыка, он начинает использоваться в различных ситуациях с различными людьми. Использование дискретных проб дает многочисленные возможности для практики и получения положительного подкрепления. Дети, обучающиеся в программе ASSERT, в день получают от 400 до 1000 различных инструкций, что дает им возможность разучивать и практиковать важные навыки. Исследования показывают, что применение данного метода является очень эффективным для формирования готовности к обучению и получению инструкций, и развития доакадемических и академических навыков.

#### **Расписание активностей**

Метод, доказавший свою эффективность в развитии навыков самостоятельности. Умение планировать и следовать расписанию – важный навык для любого человека в любом возрасте. Расписания активностей используются как для развития умения выполнять простые академические задачи, играть с различными игрушками, пользоваться оборудованием на детской площадке. Расписания активностей также используются для развития навыков игры со сверстниками.

#### **Развитие социальных и игровых навыков**

Для развития игровых и социальных навыков используются натуралистические стратегии обучения. Дети имеют возможность обучаться в естественном окружении, учатся играть, приглашать в игру других детей. Например, во время занятий с ребенком используются карточки с фотографиями его родителей, братьев, сестер, других детей, а также педагогов. Полученные на

таких занятиях знания малыш потом может использовать уже в реальных социальных ситуациях в своем окружении.

### **Развитие самообслуживания**

Специалисты программы ASSERT уделяют особое внимание развитию самообслуживания. Они ведут программы, которые помогают детям освоить навыки пользования туалетом, одевания, самостоятельного принятия пищи и другие. Навыки пользования туалетом важны для многих семей. Мы используем детальные программы, которые помогают детям освоить этот непростой навык, родители получают детальные консультации о том, как продолжать эту работу дома.

### **Развитие коммуникации**

Важная часть программы ASSERT. Ведется работа по развитию коммуникации и речи, используются как методы дополнительной коммуникации, так и технологии, направленные на развитие вербальной речи и языка.

### **Работа с нежелательным поведением**

Как и формирование социально приемлемого поведения также играет существенную роль в ASSERT. Тщательная оценка и понимание причин нежелательного поведения - залог успеха. В работе с нежелательным поведением принимают участие все сотрудники программы, применяя выработанные в поведенческом плане стратегии.

### **Работа с родителями**

Специалисты, отвечающие за оценку и разработку программ помощи для конкретного ребенка (кейс менеджеры) два раза в месяц посещают семьи детей, участвующих в программе. Цель таких домашних визитов - помощь родителям в решении повседневных задач, таких как укладывание и сон, кормление, одевание, приучение к туалету и другие. Инструкторы, работающие с детьми, ежедневно отправляют родителям записи о том, как работал ребенок, и что у него получалось на занятиях. Родители детей, участвующих в программе, приходят в ASSERT дважды в месяц. Им предоставляется возможность наблюдать за работой ребенка и обсуждать его программу с кейс менеджером. Ежемесячно для родителей проводятся специальные тренинги, что помогает родителям лучше понимать смысл работы программы и применяемые технологии. Специалисты программы также посещают дошкольные учреждения, которые посещает ребенок, дважды в месяц. Тщательный сбор и анализ данных позволяет отслеживать прогресс ребенка, менять цели обучения и ставить новые задачи. Данные заполняются при выполнении всех программ: и в кабинках, и во время игровых перерывов, во время перекусов, и при пользовании туалетом, и на игровой площадке, и в других ситуациях.

Использование совокупности этих методов приносит свои результаты. После интенсивных занятий по программе ASSERT даже те ребята с аутизмом, которым изначально было сложно сконцентрироваться и включиться в занятие, стали слушать педагогов и выполнять задания, им стало проще понимать взрослых и

общаться с другими малышами. Родители отмечают прогресс не только на занятиях, но и дома.

### **Программа "Каролина" для младенцев и детей младшего дошкольного возраста с особыми потребностями**

Авторы: Нэнси М. Джонсон-Мартин, Кеннет Г. Дженс, Сюзен М. Аттермиер, Бонни Дж.Хаккер. Аннотация к книге "Программа "Каролина" для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями": Программа "Каролина" для младенцев и детей младшего дошкольного возраста с особыми потребностями предназначена для работы с младенцами и детьми младшего возраста, имеющими различные нарушения. Как незначительные, так и серьезные множественные нарушения. Разработке этой программы способствовал большой предшествующий опыт, показавший, что такие дети готовы и способны обучаться. Программа разработана специалистами по раннему вмешательству, имеющими образование и опыт работы в различных областях, и помогает обеспечить адекватные и полноценные программы раннего вмешательства для детей с нарушениями. Программу "Каролина" можно использовать как в специальных центрах, так и в домашних условиях. Программа может использоваться родителями и широким кругом профессионалов, хотя предполагается, что родители и профессионалы более широкого профиля могут использовать эту программу только под руководством специалистов в области раннего вмешательства. Подробнее о книге Программа "Каролина" для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями.

### **Программа для неговорящих детей и РАС**

Коммуникационная система обмена изображениями – Picture exchange communication system (PECS) разработана в 1985 году по программе Делавер Аутизма Лори Фрост и Энди Бонди. Целью PECS является формирование у детей базовых коммуникативных навыков. Используя различные способы усиления мотивации, PECS обеспечивает возможность быстрого развития спонтанной коммуникации. На начальном этапе обучение осуществляется при помощи 2-х взрослых. Сначала определяются наиболее сильные факторы мотивации (например, еда, напиток, любимая игрушка или вид деятельности ребенка). Затем подготавливается карточка с изображением соответствующего объекта. Один взрослый показывает ребенку желаемый предмет. Как только ребенок дотягивается до него, второй взрослый помогает ребенку подхватить обозначающую карточку и вложить ее в руку другого взрослого. Никакие вербальные подсказки не используются, но ребенка много хвалят, когда он дает карточку, и ребенок получает желаемый предмет. После нескольких подобных обменов, ребенок начинает понимать его смысл. Когда ребенок осваивает первый навык, задание

усложняется. Добавляются другие карточки, в т.ч. с текстом (например, «Я хочу»), уменьшается помощь.

Обучение ребёнка с помощью PECS происходит в повседневной среде: дома, в школе, на прогулке и т.д.

Используется 6 фаз системы обмена карточками:

PECS PHASE I: Как связаться

Ребенок с аутизмом учится обмениваться отдельными фотографиями на предметы или мероприятия, которые они действительно хотят.

PECS PHASE II: Расстояние и стойкость

Все еще используя одиночные снимки, ребенок с аутизмом учится обобщать этот новый навык, используя его в разных местах, с разными людьми и на разных расстояниях. Их также учат быть более стойкими коммуникаторами.

PECS PHASE III: Дискриминация изображения

Ребенок с аутизмом учится выбирать из двух или более картин, чтобы просить их любимые вещи. Они помещаются в альбом со специальными полосками на липучке, где карточки хранятся и легко извлекаются для связи.

PECS PHASE IV: Структура предложений

Ребенок с аутизмом учится строить простые предложения на съемной полосе предложения, используя изображение «Я хочу», за которым следует изображение запрашиваемого предмета.

PECS PHASE V: Ответы на вопросы

Ребенок с аутизмом учится использовать PECS для ответа на вопрос: «Чего вы хотите?»

PECS PHASE VI: Комментирование

Теперь ребенка с аутизмом учат комментировать в ответ на такие вопросы, как: «Что вы видите?», «что вы слышите? и что это?» Они учатся составлять предложения, начиная с того, что я вижу, я слышу, я чувствую, это и т. Д.

### 3.3. Подходы к коррекции и обучению детей с РАС

#### ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

##### **АВА (Applied behavior analysis) – Прикладной анализ поведения**

Разработан коллективом авторов: Ivar Lovaas, Donald Baer, Sidney W. Bijou, Jim Hopkins, Jay Birnbrauer, Todd Risley, and Montrose Wolf. АВА предполагает использование современной поведенческой теории научения для изменения поведения. АВА представляет собой набор принципов, которые формируют основу для многих методов поведенческой терапии. Общая цель АВА можно сформулировать так: необходимо увеличить уровень желаемого поведения и уменьшить уровень опасного или проблемного поведения, которое может мешать обучению и эффективному социальному взаимодействию. Также АВА терапия используется для улучшения речевых и коммуникативных навыков, внимания,

памяти и академических навыков. Метод АВА в первую очередь сосредотачивается на стратегиях положительного подкрепления, которые представляют собой существенную поддержку детям, испытывающим трудности в обучении или приобретении новых навыков. Также АВА-терапия занимается коррекцией проблемного поведения, которое мешает нормальному функционированию ребенка, посредством процесса, называемого «функциональная оценка поведения».

### **VBA (Verbal behavior analysis) – Вербально-Поведенческий Анализ**

The Verbal Behavior Approach, VBA - Вербально-поведенческий подход построен на исследованиях, относящихся к сфере прикладного анализа поведения, и теорию ученого-бихевиориста Б.Ф. Скиннера. VBA развивает способность ребенка учиться функциональной речи. С точки зрения подхода VBA экспрессивная сторона речи включает: 1. Навык выражения просьбы, который является наиболее важным навыком, т.к. его предваряет мотивация, а в итоге ребенок получает, желаемое. 2. Навык обозначения предметов: назвать то, что ребенок видит, слышит, обоняет, осязает, вкус чего чувствует. 3. Подражательный навык - повторить услышанные слова (эхо). 4. Интравербальный навык - это умение отвечать на вопросы. Четыре основных вербальных навыка (операнта) формируют экспрессивную сторону речи. Также, вербально-поведенческий подход рассматривает невербальные навыки ребенка. Обучение начинается, с освоения навыка выражения просьбы

### **Pivotal Response Treatment (PRT) – Обучение основным реакциям**

Pivotal Response Treatment (PRT)-обучение основным/ключевым навыкам/реакциям

Разработана Dr Lynn and Robert Koegle PRT направлена на развитие мотивации, социальной инициативы, умению реагировать на несколько сигналов, самоуправление. Способствует в дальнейшем облегчению восприятия учебной информации.

Основная цель PRT - развивать мотивацию у ребенка с РАС реагировать на сигналы и социальные взаимодействия, которые могут заменить ненадлежащее или атипичное поведение.

PRT отличается от некоторых других методов АВА, потому что основное внимание уделяется улучшению дефицита развития, а не ориентации на конкретные поведения. Родителей учат предлагать терапию в естественной среде ребенка. Естественные и целевые системы вознаграждения помогают родителям реализовать их со своим ребенком. PRT-терапевты взаимодействуют с детьми в игровой среде. Во время игры взрослый поощряет значимое социальное поведение. Поощрение всегда связано с логикой ситуации. Например, на вопрос "какого цвета?" ребёнок ответил "жёлтый", в качестве поощрения он получает жёлтый карандаш или фломастер, которым может порисовать.



Эта терапия успешно применяется для работы с дошкольниками и младшими школьниками. Подходит для лиц с тяжелой степенью аутизма. Д-ра. Роберт и Линн Когель из Калифорнийского университета, СантаБарбара, являются разработчиками Pivotal Response Treatment. За последние 30 лет Когель, их аспиранты и их коллеги опубликовали более 200 научных статей в рецензируемых журналах, которые поддерживают эффективность PRT, и написали более 30 книг и руководств. PRT зарегистрирован Национальным исследовательским советом как одна из десяти модельных программ для аутизма и является одной из четырех научно обоснованных практик для вмешательства аутистов в США (Simpson, 2005).

### **TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children)**

Программа, позволяющая обучать детей с аутизмом и детей с особыми потребностями.

Автор: Эрик Шоплер (Eric Schopler)

TEACCH - методика с доказанной эффективностью. Структурированное обучение с особым вниманием к среде.

Основные цели обучения:

1. Максимально развить независимость ребенка.
2. Помочь ребенку эффективно взаимодействовать с другими
3. Увеличивать и развивать интеллектуальные навыки, школьные умения и индивидуальные способности
4. Стимулировать генерализацию навыков (все новые навыки ребенок мог максимально часто и эффективно использовать в разных ситуациях дома, в саду, школе).
5. Развивать чувство себя, понимание себя (развитие эмоциональной сферы)

Работа с детьми идёт по следующим сферам: имитация; восприятие; крупная моторика; мелкая моторика; координация глаз и рук; элементарная познавательная деятельность; речь; самообслуживание; социальные отношения. Основная возрастная группа: 3 - 14 л. (с речевым развитием, соответствующим 5-летнему возрасту).

## **РАЗВИВАЮЩИЕ ПОДХОДЫ**

### **Эмоционально-смысловой подход**

Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра, разработанный специалистами Института коррекционной педагогики РАО.

Эмоционально-смысловой подход основан на исследованиях, выявивших специфику психического дизонтогенеза при аутизме. Нацелен на нормализацию аффективного развития ребёнка с РАС.

Эмоционально-смысловой подход: смысловой, потому что основная задача – накопление и осмысленное упорядочивание индивидуального аффективного опыта ребенка, такого, который сможет стать опорой для развития активных и дифференцированных отношений с окружением. Эмоциональный, потому что при этом основное средство помощи ребенку – это совместное проживание и эмоциональное осмысление происходящего. Подход предполагает установление эмоционального контакта с ребенком и вовлечение его во взаимодействие с совместным проживанием и осмыслением происходящего.

Развитие в эмоциональной общности с близким взрослым позволяет ребенку стать более выносливым, активным и заинтересованным, совместное осмысление и организация жизненного опыта дает ему большую свободу и конструктивность в контактах с окружением, открывает возможность продвижения в развитии когнитивной сферы (О.С. Никольская).

### **DIR Floortime**

Автор: Стэнли Гринспен.

Методика Floortime, разработанная Стэнли Гринспеном, подразумевает под собой следование инициативе ребенка в игре и социальном взаимодействии.

Концепция DIR и методика Floortime базируются на предположении о том, что, работая с эмоциональными, или аффективными, проявлениями, мы можем благотворно влиять на базовые способности, ответственные за отношения, мышление и общение.

Флортайм – метод семейной психотерапии. На встречу с психологом приходит тот, кто больше времени проводит с ребенком. На сеанс приглашают братьев (сестер), если у ребенка есть трудности в общении с ними. Терапию начинают с самыми маленькими детьми (до года), проводят с подростками и со взрослыми (в этом случае место игры занимает специально построенная беседа).

### **Son-Rise**

Авторы: Супруги Барри и Самария Кауфманы (для своего аутичного сына Рона).

Суть подхода заключается в создании комфортной для ребенка окружающей среды, включающей как позитивное психологическое отношение к нему со стороны близких людей и готовность вступать с ним в контакт в соответствии с его потребностями, интересами, так и организацию пространства, способствующего постепенному, последовательному развитию исследовательской и познавательной активности ребенка.

Идея программы развить с ребёнком отношения на основе игровой терапии.

Цель программы — изменение отношения родителей к своему ребенку с негативного на позитивное, которое способно изменить его самого. Основу подхода составляет положение о необходимости «принять» собственного ребенка таким, какой он есть, чтобы общение с ним приносило радость и удовлетворение.

Что даёт программа Son-Rise:

- Создаёт тёплый, интерактивный контакт родителя с ребёнком.
- Реализует эффективное образование.
- Помогает ребёнку преодолеть стереотипное поведение.
- Помогает избавиться от сложного поведения в виде истерик и самоагрессии.
- Помогает мотивировать ребёнка к обучению и насладиться обучением.
- Подталкивает к развитию речи и имитации.
- Дарит надежду и оптимизм.

Считается, что присоединение взрослого к стереотипному поведению ребенка даёт ключ к пониманию такого поведения. Это облегчает установление зрительного контакта, развивает взаимодействие и даёт возможность включиться в игру ребенка. То есть, здесь взрослый не разбивает аутичный мир ребёнка, а как бы присоединяются к нему, даёт аутичным действиям новое понимание и осмысленность.

В основе обучения и освоения навыков лежит опора на собственную мотивацию ребенка. Обучение через игру приводит, по мнению сторонников этой методики, к эффективному и осмысленному взаимодействию и коммуникации.

Важное значение имеет организация пространства. Основные условия его организации на начальном этапе — минимализм и концентрация на интересах ребенка.

Окружающая его среда — это игровая комната с минимальным количеством стимулов, предметов, интересных для него. Таким образом, обеспечивается комфортная, безопасная обстановка. Близкие взрослые по очереди находятся с ребенком в игровой комнате, занимая выжидательную позицию, проявляя интерес к его действиям, следуя за его инициативой и вовлекаясь в его деятельность (включая любые стереотипы, аутистимуляции). При этом исключаются любые способы навязывания собственных интересов. Например, ребёнок фанатично стучит по всем предметам, ему не только это разрешается, но и даются дополнительные предметы, предлагается новый опыт – постучи молоточком, погремушкой, трубочкой и т.д.

Проявление такого «уважения» стимулирует ребенка к взаимодействию со взрослым. По мере того, как у ребенка формируются контакты и привязанности к близким людям, инициатива может переходить к взрослым людям. Таким образом, работа строится поэтапно: от самостоятельной стереотипной деятельности, основанной на собственных интересах ребенка, к простейшим формам опосредованного взаимодействия с матерью и другими близкими, а затем — к более сложным формам общения с более широким кругом людей; от ограниченного пространства и минимального количества внешних сенсорных

стимулов — к постепенному расширению среды и насыщению ее стимулами. Методика является социально-направленной, так как предусматривает вовлечение в общение с ребенком, как самых близких людей, так и обученных специалистов и единомышленников программы. Одновременно она требует полной самоотдачи кого-то из близких и педагога, так как ребёнок не должен ни секунды находиться вне контроля взрослого, и подключение к деятельности ребёнка производится постоянно. Ребёнок всегда ждёт инициативы со стороны второго участника общения.

Данная методика не подходит для коррекции сложных расстройств аутистического спектра, а также для коррекции детей старше 5 лет. Данная методика также неприменима к детям, имеющим ярко выраженные аффективные всплески.

### **Daily life therapy – Ежедневная Жизненная Терапия**

Автор: Кийо Китахара. Подход DLT основан на восточной философии и, в отличие от многих других подходов концентрируется на групповом взаимодействии, а не на интенсивном индивидуальном обучении.

Главная цель этого подхода – сформировать у детей необходимые навыки для повседневной жизни, в т.ч. коммуникативные.

Обучение адаптивному поведению и коррекция дезадаптивного поведения осуществляется при помощи физических нагрузок, эмоциональной регуляции и обучения академическим навыкам в группе. Физические нагрузки обеспечиваются в ходе совместных физкультурно-оздоровительных мероприятий, выполнения физических упражнений. Эмоциональная регуляция и стабилизация осуществляется через искусство, групповые музыкальные занятия. Занятия проводятся в четкой, структурированной форме, обучение ведется на основе подражания и синхронизированной деятельности. В школе проводятся массовые детские праздники, мероприятия.

Программа базируется на "трёх столпах": Физическая выносливость, Эмоциональная стабильность и Интеллектуальная стимуляция, которые предоставляют множество возможностей для роста, будь то осознание тела, самоконтроль, социальное развитие, стабилизация настроения или успеваемость.

### **RDI – методика развития межличностных отношений**

Авторы: Стивен Гатстин и Рашель Шили (штат Техас).

RDI - метод поведенческой терапии, основанный на мотивации ребенка к общению, взаимодействию и дружбе.

Подход базируется на исследованиях человеческого мозга, подтверждающих, что мозг способен адаптироваться к любой проблеме. Люди с ограниченными возможностями могут адаптироваться и учиться функционировать «нормальным» способом.

Цель методики RDI – пройти поэтапный ускоренный путь развития нормально развивающегося ребенка.

Специалисты RDI® формируют у ребенка такой опыт взаимодействия, при котором люди связаны между собой для создания общих, совместных событий

Программы RDI® обучают родителей тому, как вести своего ребенка искать и добиваться успеха в ответных взаимоотношениях, одновременно рассматривая ключевые аспекты, такие как: мотивация, общение, эмоциональное регулирование, эпизодическая память, быстрое смещение внимания, самосознание, оценка, исполнительное функционирование, гибкое мышление и творческое решение проблем.

RDI позволяет со временем совершать нейро-когнитивные изменения, которые дают человеку навыки, необходимые для самостоятельного решения жизненных задач. Развив эту способность к динамичному мышлению, человек получает возможность повысить качество жизни: общаться, дружить, приобрести уверенность в себе, независимую жизнь, длительные отношения и значимую занятость

## **СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНЫЕ ПОДХОДЫ**

### **Сенсорная интеграция**

Ayres Sensory Integration – сенсорная интеграция Автор: Джин Айрес – трудотерапевт (Калифорния).

Метод направлен на стимуляцию работы органов чувств в условиях координации различных сенсорных систем.

Сенсорно-интегративная терапия представляет собой строго дозированную и четко построенную специфическую тренировку нарушенных функций в специально организованной терапевтической среде.

Наибольшую эффективность методика даёт в коррекции детей с синдромом Дауна, ЗППР, ДЦП, аутизмом.

"Данный метод включает в себя: теорию сенсорной интеграции, методику оценки уровня развития данной сферы и комплекс упражнений, которые используются при работе с пациентом. Метод сенсорной интеграции предполагает стимуляцию работы органов чувств в условиях координации различных сенсорных систем.

ASI базируется на следующих принципах:

– Хорошая интеграция сенсорных ощущений необходима ребенку для успешного развития, адаптивного поведения, обучения, освоения новых навыков, продуктивного реагирования на трудности. В свою очередь, продуктивное реагирование на трудности и освоение новых навыков важны для развития интеграции сенсорных ощущений.

– Организация сенсорного восприятия и эффективного взаимодействия с сенсорными стимулами способствует развитию детей и улучшению их поведения.

– Содержание коррекционной программы и тип сенсорных ощущений, на которые будут направлены упражнения, зависят от результатов предварительной диагностики ребенка и от того, какие цели были сформулированы специалистом и клиентами на основании этих результатов.

– Чем позитивнее настроен ребенок на занятия, чем выше его мотивация и заинтересованность, тем эффективнее будет действовать коррекционное вмешательство.

– Терапия основана преимущественно на игровых упражнениях, а выбор видов деятельности зависит от интересов и возможностей ребенка.

– При необходимости по поручению специалиста отдельные элементы программы выполняются клиентами самостоятельно дома.

– Даже если установлено наличие нарушений интеграции сенсорных ощущений, не исключается возможность, что проблемы ребенка обусловлены в том числе и другими факторами, поэтому может потребоваться подключение и других видов коррекционного вмешательства (например, сенсомоторная коррекция или психотерапия).

– Эффективность коррекционной работы определяется тем, начал ли ребенок продуктивнее справляться с ранее непосильными ему жизненными задачами.

### **Томатис терапия**

Авторы: Альфред Томатис – французский врач отоларинголог.

Томатис терапия – это средство аудио-вокальных тренировок. Томатис терапия является средством стимуляции активности мозга за счёт использования музыкальных средств на основе любого полифонического звучания. В базовом варианте прослушивается, например, музыка Моцарта, григорианское пение. На основе аудиограммы человека и за счёт того, что отфильтровываются определённые частоты (высокие или низкие, средние) составляются индивидуальные программы, которые позволяют развивать мозг, тренируя его посредством прослушивания музыки на определённых частотах.

Специальное устройство изменяет звучание, заставляя мозг активно работать. Наш мозг удивляется резкому изменению темпа музыки и запускает механизмы слухового внимания. Во время тренировок звук проходит через специальное виброустройство (костная проводимость), которое направляет звук непосредственно во внутреннее ухо. Когда звук идёт два раза через воздух и через костную мембрану, вся звуковая система работает более активно, что позволяет улучшить восприятие.

Применение метода.

Спектр применения методики Томатис широкий: подготовка мозга вашего ребенка к изучению иностранного языка, преодоление тяжёлых задержек речевого и психоэмоционального развития, улучшение координации движений.

В Томатис терапии важен индивидуальный подход. Прослушивать совершенно стандартные музыкальные записи не рационально. Главное – разработать индивидуальную систему аудио тренировок.

Принцип методики.

Ребенок или взрослый надевает беспроводные наушники, так называемые «электронные уши», в которых звучат специально обработанные музыкальные композиции. В основном, это музыка Моцарта или григорианского хора, так как в ней много высоких частот. Пока звучит мелодия, человек может делать что угодно: играть, рисовать, заниматься рукоделием и т. д. Занятие длится 1,5 – 2 часа. Что же в это время происходит во внутреннем ухе?

Для передачи звука используются 2 пути: через кости черепа и воздух. Звуковой сигнал заранее обработан по методу Томатиса, для него характерна ритмичная смена звуковой частоты и интенсивности, поэтому он стимулирует мышцы внутреннего уха, активируя при этом моторные и слуховые функции.

1. Сначала звук попадает на барабанную перепонку.

2. Проходя по верхней кости черепа, звук заставляет мышцы стремечка и молоточка сокращаться и расслабляться.

3. Эти колебания приводят в движение улитку и вестибулярную мембрану. Они перерабатывают звуковой сигнал в электрический и передают его дальше в слуховой центр мозга. Здесь большое значение имеет ритм звукового сигнала, так как вестибулярная мембрана очень чувствительна к положению тела и отвечает за равновесие и чувство ритма.

В каждом конкретном случае характеристики звукового сигнала, передаваемого через «электронные уши», подбираются индивидуально, в зависимости от проблемы, которую нужно скорректировать

## **ЭКЛЕКТИЧНЫЕ ПОДХОДЫ**

### **Модель SCERTS**

Авторы: Барри М. Призант, Эми М. Уэзерби, Эмили Рубин и Эми Лоран.

SCERTS® - это инновационная образовательная модель для работы с детьми с расстройством спектра аутизма (ASD) и их семьями. В нем содержатся конкретные рекомендации по оказанию помощи ребенку стать компетентным и уверенным социальным коммуникатором, одновременно предотвращая проблемы поведения, которые мешают обучению и развитию отношений. Он также призван помочь семьям, преподавателям и терапевтам работать совместно, как команда, тщательно скоординированным образом, чтобы добиться максимального прогресса в поддержке ребенка. Аббревиатура «SCERTS» означает акцент на:

«СК» - Социальная коммуникация - развитие спонтанной, функциональной коммуникации, эмоционального выражения, безопасных и доверительных отношений с детьми и взрослыми;

«ER» - Эмоциональное регулирование - развитие способности поддерживать хорошо отрегулированное эмоциональное состояние, чтобы справляться с повседневным стрессом и быть наиболее доступным для обучения и взаимодействия;

«TS» - «Транзакционная поддержка» - разработка и внедрение поддержки, помогающей партнерам реагировать на потребности и интересы ребенка, изменять и адаптировать среду, а также предоставлять инструменты для повышения уровня обучения (например, обмен изображениями, письменные графики и сенсорная поддержка). Конкретные планы также разрабатываются для оказания образовательной и эмоциональной поддержки семьям, а также для содействия совместной работе среди профессионалов.

### **The Miller Method – Метод Миллера**

Автор: Арнольд Миллер

Метод основывается на «когнитивно-развивающем системном подходе для детей с РАС».

Метод Миллера — это система, которая учитывает потребности в развитии у детей с РАС.

Имеет четыре основные цели:

- оценивает адаптивные признаки нарушенного детского поведения;
- предполагает перевод нарушенного поведения в функционально активное;
- делает попытки расширять опыт взаимодействия и выводить детей из замкнутого образа жизни (жизни в одиночестве или в ближайшем кругу, например, только с родителями) в область активного социального взаимодействия;
- обучает специалистов и родителей способам и системным подходам, которые помогают детям, имеющим аутизм и связанные с ним нарушения, в обучении чтению, письму, понятию числа, символическим играм и развитию обычной деятельности в школьном классе.

Метод Миллера использует две основные стратегии, направленные на процесс развития: одна включает в себя трансформацию поведенческих систем, отклоняющихся от нормы, в функциональное поведение; другое – систематическое, регулярное использование в процессе развивающих занятий определенных видов деятельности с участием объектов и людей.



## Заключение

Расстройство аутистического спектра (РАС) - это нарушение развития, которое проявляется в течение первых трех лет жизни. Основные симптомы аутизма относятся к трем сферам:

- способность общаться со взрослыми и детьми (нарушения в области социального взаимодействия);
- способность разговаривать с другими людьми, пользоваться жестами и мимикой для общения (нарушения в области коммуникации);
- повторяющееся поведение (ограниченность интересов, стереотипные действия, трудности с адаптацией к новым условиям).

Расстройства аутистического спектра в России имеют высокую распространенность, - примерно 317150 тысяч детей живут с аутизмом. По данным Росстата с каждым годом количество детей с РАС увеличивается. Известно, что РАС встречается в 4-5 раз чаще у мальчиков, чем у девочек.

Расстройства аутистического спектра – это специфические нарушения, для которых нет единой схемы терапии. Это состояние нельзя вылечить, но есть способы коррекции, которые могут улучшить состояние ребенка. К основной цели коррекции относится формирование навыков, которые позволят ему максимально адаптироваться к окружающей среде, самостоятельно функционировать в быту. Ребенок должен научиться взаимодействовать с другими людьми в той форме, которой будет достаточно для выстраивания нормальных социальных связей.

Любая личность постоянно находится под влиянием микросоциальных и макросоциальных факторов. Причём более значимыми являются микросоциальные факторы (семья, родственники и т.д.). Не является исключением и личность ребёнка с РАС. Условия внешней среды создают общий фон, способствующий усилению или ослаблению выраженности болезненных проявлений. Развитие и состояние микросоциальных факторов, в свою очередь, напрямую связано с факторами макросоциальными, т.е. определёнными особенностями, характерными для общества в целом. Таким образом, состояние семьи напрямую зависит от состояния общества, а состояние ребёнка – с РАС от состояния семьи. Любой ребенок должен расти в обстановке эмоционального благополучия и при высоком уровне понимания со стороны окружающих.

Одна из задач родителей и специалистов, работающих с этими детьми, - научить их понимать окружающих, распознавать эмоции, видеть мотивы поступков людей. Более высокий уровень понимания уменьшает тревогу, сопровождающую аутичного ребенка при общении, делает его более адекватным в контактах.

Практически у каждого аутичного ребенка существуют как зона ближайшего развития, так и резервы для ее успешного освоения. Залог успешной социализации в том, насколько способны измениться и избавиться от своих стереотипов окружающие люди.

### Приложение 1. Ранняя диагностика аутизма

Ощущение того, что с ребенком «что-то не то», может возникать у родителей, когда ребенок еще совсем маленький (до года). Слабость глазного контакта и чрезмерная фиксация на самом себе являются первыми признаками аутизма. До 18 месяцев нельзя определить, разовьется ли у малыша символическая игра. Очень важные диагностические критерии при определении аутизма по достижении 18 месяцев – указательный жест и совместное внимание, когда ребенок сам показывает что-то интересное и смотрит в том же направлении, что и взрослый. Также важно учитывать то, как развивается речь ребенка.

В 0-1 года необходимо оценить: визуальный контакт, есть ли ответная улыбка, стремится ли ребенок к тактильному контакту, реагирует ли ребенок на свое имя; лепет; использует ли социальные жесты (например, «пока-пока»).

В 1-2 года: есть ли у ребенка отдельные слова; понимает ли ребенок речь; понимает ли жесты, указательный жест; совместное внимание (к 18 мес.). Проявляет ли интерес к другим детям; проявляет ли необычные реакции на сенсорные стимулы (закрывание ушей от звуков, странные привычки в пище, обнюхивание предметов и т.д.). Двигательные стереотипии (повторяющиеся действия, например, выстраивание кубиков в ряд).

В 2-3 года: произносит ли простую фразу из 2 слов; есть ли эхолалии. Символическая игра; наличие стереотипий.

В 3 года: направлена ли речь ребенка на общение; играет ли с другими детьми; может ли пожалеть кого-то (проявления эмпатии). Оценка мимики и жестов, выражения эмоций. Реакция на изменения обстановки

В 4 года и старше: ребенок понимает речь слишком буквально, путает личные местоимения, не способен поддерживать дружеские отношения. Упрямство (ригидность). Не играет в сюжетные игры (в школу, в доктора, в магазин).

| Возраст   | Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются  |
|-----------|--|
| 3 месяца  | не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним, негативизм к тактильному контакту (особенно при переодевании);<br>не приспосабливается, когда мать держит его на руках;<br>«взгляд в себя», «в никуда», отсутствуют фиксация взгляда на лице человека, зрительное сосредоточение.  |
| 6 месяцев | имеющиеся элементы деятельности стереотипны и лишены элементов целенаправленности;<br>частое раскачивание на локтях и коленях;<br>не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения;<br>гиперсенситивность к отдельным звукам;<br>у многих – зрительная гиперсенситивность, испуг при включении света;<br>задержка узнавания лица матери; не дифференцирует мать;<br>не протягивает руки взрослому, как бы прося взять на руки;<br>не пытается подражать;<br>возможна фиксация взгляда на лице матери (но не «глаза в глаза»); |

|            |  |
|------------|--|
|            | «своих» и «чужих» дифференцирует плохо и без выраженной эмоциональной реакции.   |
| 12 месяцев | <p>на собственное имя часто не реагирует;</p> <p>у части детей – гиперсенситивность к звукам, некоторые не реагируют на звук, несмотря на отсутствие нарушений слуховой сенсорной системы;</p> <p>глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»);</p> <p>мутизм или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом, чаще не симпрактические. «Мама» («папа», «баба»), «дай» редко и без обращения;</p> <p>детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним;</p> <p>не указывают пальцем на интересующий объект;</p> <p>не пытаются разделить свои впечатления, эмоции с другими;</p> <p>о витальных потребностях могут сигнализировать, но без обращения.</p>   |
| 18 месяцев | <p>становятся более выраженными стереотипии: серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью;</p> <p>у части детей – явное предпочтение использования периферического зрения;</p> <p>контакт «глаза в глаза» малодоступен;</p> <p>эхолалии; слова-штампы, фразы-штампы; запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов;</p> <p>в речи отсутствует обращение;</p> <p>речь, жесты, мимика, позные реакции в целях общения не употребляются или употребляются очень мало и не вполне адекватно;</p> <p>иногда воспроизведение стихов, песен без осмысления содержания;</p> <p>игра примитивная, стереотипная, манипулятивная, лишенная подражательности и элементов сюжета, часто используются неигровые предметы – игрушки могут заменять бытовые предметы, очень часто это бывают веревочки, провода и т.д.</p> |
| 24 месяца  | <p>много стереотипных манипуляций с предметами: постукивания, верчения, переключивания из руки в руку и др.;</p> <p>отчётливые трудности формирования целостного сенсорного образа (фиксация внимания на деталях);</p> <p>у части детей регресс в речевом развитии вплоть до мутизма.</p> <p>В других случаях – слова-штампы, фразы-штампы, комментирующие фразы, короткие и часто аграмматичные, редко – «нормально» развитая некоммуникативная «взрослая» речь;</p> <p>с близкими общение в основном формальное и ограниченное;</p> <p>реакция на словесное обращение, в том числе на обращение по имени, часто отсутствует.</p>   |

## Приложение 2. Признаки, которые младенцы или дети младшего возраста с расстройствами аутистического спектра демонстрируют на той или иной стадии развития.

### *Первая стадия*

Обычный ребенок связывает свои эмоции с собственными действиями и ощущениями. Например, он видит улыбку матери, слышит ее ласковый голос и поворачивает голову, чтобы на нее посмотреть. Ребенок с риском расстройств аутистического спектра часто неспособен сформировать полноценные связи между своими эмоциями, ощущениями и моторикой. Проявления этой проблемы просматриваются на разных уровнях. Во-первых, малышу могут с трудом даваться целенаправленные движения, например, когда нужно повернуться, чтобы посмотреть на мать. Во-вторых, у него могут быть сложности с регуляцией и координацией движений в целом. Его движения недостаточно организованы и могут казаться случайными. В-третьих, ему может быть трудно, синхронизировать свои движения с движениями взрослого.

### *Вторая стадия*

На этой стадии малыши, которые не в состоянии связывать ощущения, поступающие от органов чувств, с эмоциональным и двигательным опытом, оказываются неспособны интересоваться и вступать в контакты с другими людьми столь полноценно, как это делают здоровые дети. Они могут получать удовольствие и испытывать глубокое чувство близости, но им трудно проявлять свои чувства радостными улыбками и выражениями лица и с интересом фокусировать внимание на родителях или опекающих их взрослых. Поэтому эпизоды взаимодействия со взрослыми у них короче, и дети при этом проявляют мало инициативы. Но без магии детской улыбки и звуков радости взрослые тоже могут быть меньше вовлечены в общение с ребенком и не так склонны заниматься им и с ним играть. Тем не менее, если они интуитивно чувствуют скрытое удовольствие ребенка (несмотря на то, что ему трудно его продемонстрировать), они могут расположить к себе малыша и поддерживать ощущение близости с ним.

### *Третья стадия*

Замечательный бессловесный диалог, который мы обычно наблюдаем на этой стадии, включает в себя быстрый обмен выражениями лица и другими жестами. Такой диалог означает, что ребенок постоянно поддерживает связь между своими ощущениями и возникающими на их основе эмоциями и связывает эмоции с соответствующими моторными реакциями. Возьмем, к примеру, простую игру: малыш видит пустышку в руке матери, берет ее, рассматривает и возвращает назад,

когда мама протягивает руку. Вид пустышки должен вызвать у ребенка эмоциональный отклик – удовольствие или интерес, – и восторженное ощущение спровоцирует ответное движение – попытку дотянуться до пустышки.

На этой стадии мы часто видим отчетливые признаки проблем у детей с риском аутизма, поскольку постоянный взаимный обмен сигналами и жестами слишком сложен для детей, у которых отсутствуют связи между ощущениями, эмоциями и движениями. Малыши с риском развития аутизма могут демонстрировать кратковременные ответные реакции и способность к взаимодействию, но им трудно инициировать и поддерживать эти процессы.

#### *Четвертая стадия*

На этой стадии социального взаимодействия (и решения социальных задач) у детей с риском развития расстройств аутистического спектра почти всегда заметны явные признаки трудностей. Даже у малышей с прекрасными способностями к восприятию, понимающих слова и даже узнающих буквы или цифры, могут быть серьезные проблемы с участием в длинных цепочках эмоциональных и социальных контактов.

Самое большее, на что они способны – обменяться сигналами пять-шесть раз, тогда как для решения проблем с другим человеком часто требуются цепочки, насчитывающие более тридцати взаимных сигналов. Отсутствие этой базовой способности сказывается на всех прочих ключевых навыках, формирующихся на данной стадии, включая распознавание закономерностей, развитие самоощущения и переход к созданию и использованию символов.

#### *Пятая, шестая и дальнейшие стадии*

Поскольку дети с риском развития расстройств аутистического спектра редко в полной мере осваивают навыки, соответствующие четвертой стадии, они редко переходят и к творческому использованию слов и символов. В лучшем случае они начинают говорить, повторяя одни и те же слова или воспроизводя заученные тексты. Некоторые не говорят вообще. Другие могут использовать картинки и иные визуальные символы или научиться печатать. Однако более высокие уровни образного, творческого и логического мышления, формирующиеся на дальнейших стадиях, возможны лишь тогда, когда дети осваивают обмен эмоциональными и социальными сигналами и используют понятия, наделяя их эмоциональной значимостью.

### Приложение 3. Распространенные мифы об аутизме

*«Родители виноваты, что у них ребенок с аутизмом»* - нет, не виноваты. Дети с таким диагнозом рождаются во всех странах и в самых разных семьях – вне зависимости от социального положения родителей, их образа жизни и методов воспитания.

*«Люди с аутизмом стремятся жить в своем собственном мире»* - нет, не стремятся. Они не хотят находиться в социальной изоляции, наоборот, многие очень заинтересованы в общении. Однако они не имеют достаточных навыков, чтобы общаться так, как мы.

*«Все люди с аутизмом похожи друг на друга»* - это не так. Если вы знаете одного человека с аутизмом – вы знаете только одного человека с аутизмом.

*«Все люди с РАС гениальны»* - совсем не обязательно. Лишь иногда у людей с аутизмом, как и у обычных людей, есть удивительные способности в области зрительного восприятия, памяти, музыкального слуха, математики и других наук.

*«Все люди с РАС страдают интеллектуальными нарушениями»* - это не так. У значительной части людей с аутизмом интеллект соответствует норме.

*«Люди с РАС не могут посещать школу и ВУЗ, они необучаемы»* - это не так. Они смогут учиться в школе и в вузе, если в процессе обучения будут учитываться их специальные образовательные потребности.

*«Все люди с РАС агрессивны и опасны для общества»* - это не так. Елисей Осин, детский психиатр: «Крайне редко их агрессия бывает намеренной. Чаще всего она является следствием неумения такого человека нормально выражать свои желания, а других людей – понимать состояние людей с аутизмом. Часто она бывает просто криком о помощи».

*«Аутизм со временем пройдет»* - это не так. Дети с аутизмом, подрастая, становятся подростками с аутизмом, а затем и взрослыми людьми с аутизмом.

#### #аутизмговорит

**Керри Магро**, общественный деятель, писатель, молодой человек с аутизмом: «К моему аутизму не прилагалось «руководство пользователя». Только родители, которые никогда не сдавались».

**11-летний мальчик с аутизмом**: «Я хотел бы накричать на шум, чтобы он ушел далеко-далеко, но я не могу, и никто не может. Я иду в школе, сажусь в автобус. Я бормочу «уходи, шум», когда я иду по кричащей школе и захожу в болтающий класс. Но хоть я и не люблю шум, мне будет его не хватать».

**Чарльз Мунихем**, АВА-терапевт, художник, общественный деятель, человек с аутизмом: «Когда я устроился на работу в школу АВА-тьютором, меня хвалили за способность понимать детей с аутизмом. Но мое начальство не знало, что когда-то я и сам был таким же ребенком. Долгое время я был ребенком из «специального класса».

**15-летний мальчик с аутизмом:** «Спасибо, что помогаете мне учиться. Я люблю ходить в школу. Мне хотелось бы попробовать что-нибудь новое в школе. Но мне нужно, чтобы кто-нибудь помог мне попытаться. Когда я пойму, как что-то делается, я буду делать это сам. И это значит, что вы хорошая учительница».

**Алисон Сингер,** мама дочери с аутизмом, президент «Фонда науки об аутизме»: «Аутичные персонажи – «гении» на современном телевидении никак не отражают жизнь большинства людей с аутизмом. Подобные образы невольно лишают внимания и поддержки тех, кто больше всего в них нуждается, потому что зрителям кажется, что аутизм – это не так уж плохо».

**Молодой человек с аутизмом:** «Проблема в том, что «нормальным» людям трудно представить, что значит думать и воспринимать мир иначе. Я пытаюсь вести себя как «нормальный» - заранее репетирую все разговоры снова и снова, как будто заучиваю пьесу, чтобы держаться «правильно». Но если у меня нет сценария для ситуации, то я начинаю паниковать».

**Молодой человек с синдромом Аспергера:** «Если вы используете слово «аутист» как оскорбление, то вы добавляете проблем людям с РАС и их семьям, о которых вы, явно, ничего не знаете. В этом слове нет ничего плохого. Есть много очень хороших людей с этим диагнозом, и им совершенно нечего стыдиться».

**Дина Л. Гесснер,** женщина с синдромом Аспергера, мама сына с аутизмом: «Иногда меня спрашивают, ты не мечтаешь, чтобы у твоего сына просто не было диагноза? А я отвечаю: я бы хотела, чтобы трудностей просто не было, чтобы предрассудков, дезинформации и дискриминации просто не было, но он очень уникальный человек, как и любой человек с аутизмом, таких как он больше нет».

**Ольга, мама Саши:** «Саше 8 лет. У него аутизм. Как-то он кричал в автобусе, все возмутились. Один мужчина сорвал с меня шапку и выбросил в открытую дверь на остановке. Мы вышли, и я заплакала».

**Молодая женщина с аутизмом:** «У меня аутизм. Я делаю все, что в моих силах, чтобы функционировать в этом мире, который движется гораздо быстрее, чем я. Число людей с аутизмом становится больше каждый день. Так что просто примите как данность, что любой посторонний человек может иметь скрытую инвалидность. Мы пытаемся выжить в этом мире. И чем больше людей будут о нас знать, тем проще нам будет вносить свой вклад в общество».

## Приложение 4. Игры для детей с РАС

### Сенсорные игры для детей с РАС

Проведение специально организованных сенсорных игр с аутичным ребенком может дать новые прекрасные возможности для установления контакта с ним. Мир предметов и их свойств значим для аутичного ребенка, привлекает его внимание и интерес. В моменты получения сенсорных ощущений ребенок испытывает удовольствие.

Такое положение вещей отчасти имеет естественную природу. Ведь даже во взрослом состоянии люди получают удовольствие и радость от контакта с физическим миром: приятно ощущать в пальцах мягкое тесто, вдыхать его аромат, радостно шуршать осенней листвой и наблюдать за изменчивостью облаков... Вот только аутичный ребенок прочно застревает на подобных ощущениях. Кроме того, он весьма избирателен, и чаще в его арсенале есть всего несколько ощущений, которые он путем повторения хочет пережить вновь и вновь.

Это часто беспокоит родителей, вызывает раздражение. Однако лучше не ругать ребенка, не запрещать, а использовать положительные стороны его действий с предметами и материалами.

Отсюда вытекает цель проведения с аутичным ребенком специально организованных сенсорных игр - создание эмоционально положительного настроения. Она подразумевает обязательное участие взрослого: во-первых, педагог (или мама) предлагают ребенку пережить новое приятное ощущение; во-вторых, взрослый проживает это ощущение вместе с ребенком. Механизм проведения игры, следующий: привлеченный новым ощущением, ребенок соглашается на участие в игре, а полученное удовольствие связывается у него с образом взрослого. Если вы сумеете разделить с ребенком положительные эмоции, разнообразить их и сделать переживание удовольствия более насыщенным, то со временем ребенок станет вам доверять и, зная, что с вами интересно, с готовностью пойдет на сотрудничество.

В начале занятий с ребенком главная задача проведения сенсорных игр - установление эмоционального контакта между психологом (педагогом) и ребенком. Ведь первые трудности в работе с такими детьми обычно возникают уже при первом знакомстве: обычна ситуация, когда ребенок либо не обращает внимания на присутствие нового взрослого, либо становится напряженным или агрессивным. Аутичному ребенку требуется время, чтобы освоиться в новой ситуации общения, привыкнуть к педагогу. Проведение сенсорных игр позволяет завоевать доверие ребенка, наладить с ним контакт.

Играя с ребенком в такие игры, научите его радоваться и радуйтесь вместе с ним. Внутренний мир ребенка с синдромом аутизма часто окрашен мрачными тонами страха и дискомфорта или одиночества, отстраненности от людей. И если вам удастся наполнить его мир светлыми красками уверенности и радости, это может стать движущей силой, побуждающей ребенка на более активное исследование окружающего мира. При этом в вас он станет видеть помощника и союзника.



## Виды сенсорных игр

### *1. Игры с красками*

#### - ЦВЕТНАЯ ВОДА

Для игры потребуются акварельные краски, кисточки, 5 прозрачных пластиковых стаканов (в дальнейшем количество стаканов может быть любым). Расставьте стаканы в ряд на столе и наполните водой. Возьмите на кисточку краску одного из основных цветов - красный, желтый, синий, зеленый (можете начинать с любимого цвета ребенка, если такой есть, это поможет вовлечь ребенка в игру) - и разведите в одном из стаканов. Комментируя свои действия, постарайтесь привлечь внимание ребенка, внесите элемент "волшебства": "Сейчас возьмем на кисточку твою любимую желтую краску, вот так. А теперь... опустим в стакан с водой. Интересно, что получится? Смотри, как красиво!" Обычно ребенок заворожено следит за тем, как облачко краски постепенно растворяется в воде. Можно разнообразить эффект и в следующем стакане понять, какой из способов ему больше нравится.

В этой игре ребенок быстро может проявить желание более активно участвовать в происходящем - "заказывая" следующую краску или выхватывая кисточку и начиная действовать самостоятельно.

#### - СМЕШИВАЕМ КРАСКИ

Смешивая краски, мы можем создавать новые цвета. Для этого слейте воду разных цветов в один стакан либо растворите в стакане с чистой водой поочередно несколько красок. Так, из желтого и красного цветов получаем оранжевый, из синего и желтого - зеленый, из красного и синего -фиолетовый.

Яркие ощущения может подарить процесс рисования акварельными красками на мокром листе. Для этого на стол или на пол подложите клеенку. Намочите плотный лист бумаги для акварели (просто окунув в тазик с водой), и положите на клеенку, пригладив влажной губкой. Окуните кисточку в одну из красок и осторожно проведите по бумаге. Продолжайте другими красками.

Как бы случайно можно провести по бумаге кисточкой с водой, но без краски - вода смешивается с красками и на листе появятся нежные, размытые, светлые полутона. Экспериментируйте вместе с ребенком.

#### - КУКОЛЬНЫЙ ОБЕД

Накройте на стол, расставьте стаканы, усадите кукол и мишек и угостите их разными напитками. В игре красная вода превращается в томатный сок, белая - в молоко, оранжевая - в газировку («фанта»), а коричневая - в кофе...

### *2. Игры с водой*

Возня с водой, переливание и брызгание особенно любимы детьми. Такие игры можно затевать не только купаясь, но при любой возможности: сунуть пальчик в бьющую струю фонтана и посмотреть, что получится; заглянуть в лужу на асфальте и попробовать разглядеть в ней свое отражение, облака, ветки; бросать камушки в пруд и наблюдать, как расходятся по воде круги...

Игры с водой имеют и терапевтический эффект. Сама фактура воды оказывает приятно-успокаивающее воздействие, дает эмоциональную разрядку. Поэтому полезно посещать бассейн: ребенок не только учится плавать, закаляет здоровье, но

и может сбросить отрицательные эмоции и получить положительный заряд энергии.

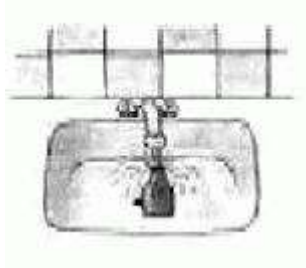
#### - ПЕРЕЛИВАНИЕ ВОДЫ



Чтобы ребенку было удобнее достать до крана, пододвиньте к раковине стул. Возьмите пластиковые бутылки, пузырьки, стаканчики, мисочки различных размеров. Теперь наполняйте их водой: "Буль-буль, потекла водичка. Вот пустая бутылочка, а теперь - полная". Можно переливать воду из одной посуды в другую.

#### - ОТКРЫВАЙ! - ЗАКРЫВАЙ!

Переверните наполненную водой пластиковую бутылку. Затем подставьте ладонь под вытекающую из горлышка струю. Прокомментируйте свое действие словами: "Закружи водичку! Как ты попросишь открыть воду? Скажи: "Лена (побуждайте ребенка использовать обращения), открывай!" Вот, открыла - снова потекла водичка буль-буль-буль!" В следующий раз действуйте ладонью ребенка, побуждая его закрыть и открыть воду.



#### - ФОНТАН

Если подставить под струю воды ложку либо пузырек с узким горлышком, получится "фонтан". Обычно этот эффект приводит детей в восторг: "Пш-ш-ш! Какой фонтан получился - ура!" Подставьте пальчик под струю "фонтана", побудите ребенка повторить действие за вами.

#### - БАССЕЙН

Наполнив таз водой, организуйте игру в "бассейн", где учатся плавать игрушки. Проведение такой игры рекомендуется, если ребенок уже посещал бассейн и у него есть реальное представление о нем. Сопровождайте ход игры словесным комментарием: "Вот наши куколочки пришли в бассейн. Какой большой бассейн! В бассейне учатся плавать – «Вот так. Поплыли!»"

#### - ОЗЕРО

Наполните большой таз водой: теперь это "озеро", в котором плавают рыбки или уточки: "Вот какое глубокое озеро - много воды! В озере плавают уточки. Вот мама утка. А вот ее детки - маленькие утята. "Кря-кря-кря! - говорит утка. - Дети, плывите за мной!" Вот уточки вышли на бережок и греются на солнышке" и т.д.

#### - МОРЕ

На следующем занятии этот же таз с водой может превратиться в "море", по которому плывут кораблики: "Поплыл по морю кораблик и гудит: у-у-у! А кто хочет поплавать на корабле? Зайка хочет! (можно использовать фигурки, вылепленные из пластилина, которые прочно устанавливаются на палубе) Вот поднялся ветер! Какие сильные волны! Перевернулся наш кораблик - давай скорее спасать пассажиров! А теперь починим кораблик и можно плыть дальше" и т.д.

#### - КУПАНИЕ КУКОЛ

Искупайте кукол (пупсов) в теплой водичке, потрите их мочалкой и мылом, заверните в полотенце: "А сейчас будем кукол купать. Нальем в ванночку теплой водички - попробуй ручкой водичку, теплая? Отлично. А вот наши куколки. Как их зовут? Это Катя, а это Миша. Кто первый будет купаться? Катя? Хорошо. Давай спросим у Кати, нравится ей водичка? Не горячо?" и т.д.

#### - МЫТЬЕ ПОСУДЫ

Вымойте посуду после кукольного "обеда", используя губку и средство для мытья посуды: "Будем мыть посуду. Открывай кран! Здесь какая вода? Горячая. А здесь? Холодная. Давай откроем и холодную воду, и горячую - тогда получится теплая вода. Вот так потрем губкой тарелочку. Теперь сполоснем. Чистая стала посуда!"

### ***3. Игры с мыльными пузырями***

Детям нравится наблюдать за кружением мыльных пузырей, с криками восторга они носятся по комнате, пока не "поймают" все до одного, и тут же просят повторения. Но сами выдуть пузыри часто отказываются т. к. требуется сноровки и определенный уровень развития дыхания.

Предлагаем предварительно подготовить ребенка к игре с мыльными пузырями. Для этого нужно научить его сильно дуть, направлять струю воздуха в нужном направлении. Предлагаем такие игры:

- "*Снег пошел*" - дуть на кусочек ватки в воздухе, чтобы она не упала.

- "*Плыви, кораблик!*" - дуть на маленький легкий кораблик на воде (например, во время купания).

- "*Вертушка*" - дуть на игрушку-вертушку.

- "*Катись, шарик!*" - дуть на маленький шарик (например, для пинг-понга), можно дуть через трубочку.

- "*Бульки*" - дуть через трубочку в стакан, наполовину наполненный водой. Игра покажет, сформирован ли у ребенка целенаправленный выдох и сильно ли он дует.

Играя с мыльными пузырями, соблюдайте меры предосторожности. Следите, чтобы ребенок не втягивал жидкость в рот. Он может сделать это по инерции, если привык пить сок из пакетиков через трубочку, или захочет попробовать жидкость для мыльных пузырей на вкус. Поэтому используйте безвредные вещества и понемногу.

#### - ПЕННЫЙ ЗАМОК

В небольшую мисочку налейте немного воды, добавьте средство для мытья посуды и размешайте. Возьмите широкую коктейльную трубочку, опустите в миску и начинайте дуть - с громким бульканьем на глазах у ребенка вырастет облако переливающихся пузырей. Предложите ребенку подуть вместе с вами,

затем самостоятельно. Поставьте внутрь пены пластмассовую или резиновую игрушку — это "принц, который живет в пенном замке».

#### ***4. Игры со свечами***

Приготовьте набор свечей - обычную длинную, плавающие свечи, маленькие свечки для именинного торта.

##### **- ПОДУЕМ НА ОГОНЕК**

Установите длинную свечу устойчиво и зажгите: "Смотри, свечка горит - как красиво!" Помните, что ребенок может испугаться - тогда отложите игру. Если реакция положительная, предложите подуть на пламя: "А теперь подуем... Сильнее, вот так - ой, погас огонек. Смотри, какой поднимается дымок". Скорее всего, ребенок попросит зажечь свечу снова. Кроме получения удовольствия задувание огонька свечи полезно для развития дыхания.

##### **- ГУЛЯЕМ В ТЕМНОТЕ**

Оставьте маме "задание на дом": когда стемнеет, не включать в квартире электрический свет, а зажечь свечу и походить с ней по дому, освещая путь.

##### **- РИСУЕМ ДЫМОМ**

Держа в руке потушенную свечу, порисуйте в воздухе дымом: "Смотри, какой дымок в воздухе! Чувствуешь запах?" Затем подуйте или сделайте несколько взмахов рукой, чтобы дым рассеялся.

##### **- ПРАЗДНИК НА ВОДЕ**

Наполнив таз водой, опустите на ее поверхность одну или несколько плавающих свечей - в темной комнате (например, в ванной с прикрытой дверью) получится эффектное, с переливающимися в воде световыми бликами, зрелище. Для устойчивости можно поставить свечи на пластмассовые тарелочки из кукольной посуды.

##### **- ХОЛОДНО - ГОРЯЧО**

Наполните столовую ложку водой и подержите над пламенем свечи, обратив внимание ребенка на то, что холодная вода стала теплой. Так же можно растопить кусочек льда, мороженого или сливочного масла. "Дотрагиваться до огонька нельзя - горячо! Можно обжечься. Давай подержим над огоньком кусочек льда. Смотри, лед тает".

##### **- ДЕНЬ РОЖДЕНИЯ**

Приготовьте зефир в шоколаде либо пастилу и воткните одну или несколько праздничных свечек - сегодня "День рождения Мишки". Вместе с ребенком накройте на стол, пригласите гостей, спойте песенку. Затем торжественно внесите "праздничный торт" и задуйте свечи.

#### ***5. Игры со светом и тенями***

##### **- СОЛНЕЧНЫЙ ЗАЙЧИК**

Выбрав момент, когда солнце заглядывает в окно, поймайте зеркальцем лучик и постарайтесь обратить внимание малыша на то, как солнечный "зайчик" прыгает по стене, по потолку, со стены на диван и т.д. Возможно, ему захочется дотронуться до светового пятна. Тогда не спеша отодвигайте луч в сторону: попробуйте привлечь ребенка к игре - предложите поймать убегающего "зайчика". Если малышу понравилась игра, поменяйтесь ролями: дайте ему зеркало, покажите, как поймать луч, а затем встаньте у стены. Постарайтесь "ловить" пятнышко света

очень эмоционально, не забывая при этом комментировать свои действия: "Поймаю-поймаю! Какой шустрый зайчик - как быстро бегает! Ой, а теперь он на потолке, не достать... Ну-ка, заяц, спускайся к нам!"

#### - ТЕНИ НА СТЕНЕ

Когда стемнеет, включите настольную лампу и направьте ее свет на стену. При помощи кистей рук вы получите на стене тень лающей собаки, летящей птицы и т.д. Можно использовать различные предметы и игрушки.

#### - ТЕАТР ТЕНЕЙ

Можно придумать несложный сюжет и организовать целый "театр теней", для чего использовать приготовленные заранее бумажные фигурки-силуэты.

#### - ФОНАРИК

Приготовьте электрический фонарик и, когда стемнеет, походите с фонариком по квартире.

#### - ТЕМНО - СВЕТЛО

При помощи фонарика устройте освещение в кукольном домике или в домике для игр, который можно соорудить из большой коробки.

### **6. Игры со льдом**

#### - ЛЬДИНКИ

Пусть мама заранее приготовит лед: вместе с ребенком заполнит водой форму для льда и поставит в морозильную камеру. На занятии достаньте лед и вместе с ребенком выдавите из формы в мисочку: "Смотри, как водичка замерзла - стала холодная и твердая". Погрейте кусок льда в ладошке: "Ой, какая холодная льдинка! А ручка теплая - давай зажмем в ладошке. Смотри, водичка капает — это лед тает и снова превращается в воду".

#### - ТАЕТ ЛЬДИНКА

Подогрейте кусочек льда над пламенем свечи или над включенной плитой. Или в стеклянный стакан налейте горячую воду (можно ее подкрасить), опустите кусочек льда и понаблюдайте, как быстро он тает. Можно взять несколько стаканов и понаблюдать, как по-разному тает лед в воде разной температуры.

А когда ребенок будет пить очень горячий чай, добавьте в чашку с чаем кусочек льда, чтобы "чай быстрее остыл". Также можно охладить сок для мишки, мишка пьет и приговаривает; "Ах, какой холодненький сок!"



#### - РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛЕД

Можно приготовить разноцветный лед, добавив в воду краски. Или порисовать краской на большом куске льда.

#### - ЛЕДЯНЫЕ ФИГУРЫ

Замораживайте воду не только в специальных формочках. Используйте также пластиковые стаканчики, формочки из-под конфет, чтобы получить куски льда

разной формы и размера. Используйте их как конструктор - выкладывайте узоры (лучше на однородном цветном фоне). Сложите изо льда ледяную пирамидку или домик.

#### - СОСУЛЬКИ

Зимой на прогулке обращайтесь внимание ребенка на заледеневшие лужи, сосульки и т.д.

#### **7. Игры с крупами**

Приготовьте крупы: гречку, горох, манную крупу, фасоль, рис.

#### - ПРЯЧЕМ РУЧКИ

Насыпьте гречневую крупу в глубокую миску, опустите в нее руки и пошевелите пальцами, ощутите ее структуру. Выражая удовольствие улыбкой и словами, предложите ребенку присоединиться: "Где мои ручки? Спрятались. Давай и твои ручки спрячем. Пошевели пальчиками - так приятно! А теперь потри ладошки друг о друга - немножко колется, да?"

Прячьте мелкие игрушки, зарывая их в крупу, а затем ищите.

На следующих занятиях можно использовать другие крупы.

#### - ПЕРЕСЫПАЕМ КРУПУ

Пересыпайте крупу совочком, ложкой, стаканчиком из одной емкости в другую. Пересыпайте крупу в руках, обращая внимание ребенка на извлекаемый при этом звук.

#### - ДОЖДЬ, ГРАД

Ребенок может захотеть рассыпать крупу. В этом случае остановить его будет очень трудно. Будьте готовы к такому развитию событий - позвольте ребенку сделать это, контролируя его действия. Пусть рассыпающаяся крупа станет "дождем" или "градом", и с этого момент сенсорная игра переходит в терапевтическую.

По рассыпанной по полу крупе можно ходить в носочках или босиком.

В завершение такой игры организуйте уборку.

#### - ПОКОРМИМ ПТИЧЕК

В этой игре понадобятся гречневая или рисовая крупа и игрушечные фигурки птичек — это могут быть воробушки, или курочки, уточки. "Вот прилетели к нам птички: пи-пи-пи! Птички просят покушать. Что птички кушают? Да, зернышки. Давай покормим птичек. Кушайте, птички, зернышки!"

#### - РАЗЛОЖИ ПО ТАРЕЛОЧКАМ

Перемешайте в мисочке немного фасоли и гороха. Затем попросите ребенка разделить горох и фасоль и разложить по отдельным тарелочкам: "Смотри, горошинки и фасоль перемешались. Давай разложим горошинки на эту тарелочку, а фасоль на эту".

#### **8. Игры с пластичными материалами (пластилин, тестом, глиной)**

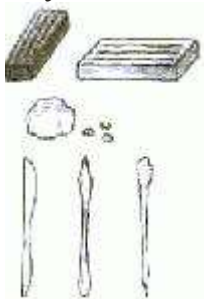
Заранее оговорим, что использование некоторых материалов невозможно из-за повышенной брезгливости аутичного ребенка. Он может с отвращением отшвырнуть тесто, потому что оно липнет к рукам, не решится притронуться к глине, откажется от работы с пластилином, если тот мажется или неприятно пахнет. Выбирайте экологически чистый не ароматизированный пластилин естественных цветов, достаточно мягкий, но не липнущий к рукам. При этом не

всегда ваш выбор совпадет с выбором ребенка. Тем не менее, опыт показывает, что можно найти материал, который ребенку понравится.

Для работы с пластичными материалами следует обучить ребенка некоторым навыкам работы с ними:

- *Мнем и отщипываем.* Приготовьте брусок пластилина и предложите ребенку подержать его в руках, помять пальчиками, отщипнуть несколько маленьких кусочков. Такие действия познакомят ребенка с мягкой и пластичной фактурой материала, дадут разнообразные тактильные ощущения пальцам рук. В следующий раз предложите ребенку кусочек теста, затем - глину. Обратите внимание на то, что разные материалы непохожи на ощупь, обладают различными свойствами.

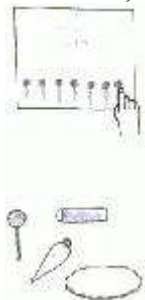
- *Надавливаем и размазываем.* Научите ребенка надавливающим движением указательного пальца прижать кусочек пластилина к дощечке или листу картона (в результате должна получиться круглая лепешечка). Если же сначала надавить пальцем на пластилин, а затем сместить палец, то таким способом (размазывание) мы получаем пластилиновую линию.



- *Скатываем шарики, раскатываем колбаски.* Покажите ребенку два основных приема лепки (скатывание шариков круговыми движениями и раскатывание колбасок движениями вперед-назад): на плоскости стола или между ладонями, если работаем с большим куском, или между пальцами (большим и указательным, или большим и средним), если кусок пластилина маленький. Поначалу действуйте руками ребенка (если он не станет сопротивляться). Затем предложите малышу попробовать делать это самостоятельно. Обычно выполнение этих простых приемов, особенно раскатывание, не вызывает больших сложностей у ребенка.

- *Режем на кусочки.* Научите ребенка разрезать пластилин или тесто на кусочки различных размеров с помощью пластмассовой стеки.

После того как ребенок усвоит каждый прием отдельно, можно в одной игре комбинировать разные методы. Например, когда "лепим пирожки", мы и мнем, и раскатываем, и разрезаем.



- ПЛАСТИЛИНОВЫЕ КАРТИНКИ

При создании пластилиновых картинок используются методы надавливания и размазывания. Таким простым способом можно быстро делать самые разнообразные "картины" из пластилина: размажьте по картону зеленый пластилин — это "травка", отщипните от бруска красного пластилина небольшие кусочки и прилепите их - получилась "полянка с ягодками".

#### - ПРИГОТОВЛЕНИЕ ЕДЫ

Скатаем маленькие шарики из пластилина красного цвета -получились "ягодки", а разноцветные шарики станут "конфетками" или "витаминами". Если в разноцветные пластилиновые шарики воткнуть палочки (можно использовать "ушные палочки", предварительно удалив вату) - получаются фруктовые леденцы "Чупа-чупс".

#### - ОГОРОД



На куске плотного картона выложите пластилиновые грядки. Теперь "сажайте овощи", для этого можно использовать крупы - так, горох станет "репкой", а красная фасоль - "картошкой"; разноцветная мозаика превратится в "красные помидорчики" и "зеленые огурчики"; некоторые овощи (например, "морковку") можно попытаться вылепить из пластилина.

Если ребенку понравится эта игра, можно вспомнить о других овощах. Аналогично в лесу вырастут "ягоды и грибы", а на полянке - "цветочки" из мозаики.

### **9. Игры со звуками**

#### - ПОСЛУШАЕМ ЗВУКИ

Окружающий мир наполняют разнообразные звуки. Обращайте на них внимание ребенка - прислушивайтесь вместе с ним к скрипу двери, стуку ложечки о стенки чашки, когда размешиваете чай, к звону бокалов, скрипу тормозов, стуку колес поезда и т.д.

#### - ПОСТУЧИМ, ПОГРЕМИМ!

Извлекайте разнообразные звуки из предметов: постучите деревянными (или металлическими) ложками друг о друга, проведите палочкой по батарее, постучите костяшками пальцев по стеклу.

#### - НАЙДИ ТАКУЮ ЖЕ КОРОБОЧКУ

Насыпьте в небольшие коробочки разные крупы (коробочек с одинаковой крупой должно быть по две). Потрясите коробочкой, привлекая внимание ребенка к звучанию, - пусть он найдет коробочку, звучащую так же.

Помимо круп можно использовать бусинки, камушки и другие материалы.

Количество пар коробочек увеличивайте постепенно.

#### - СВИСТУЛЬКИ

Разнообразные звучащие игрушки - погремушки, свистульки, пищалки и т.п.

#### - МУЗЫКАНТЫ

Детские музыкальные инструменты - барабан, бубен, металлофон, дудочку, гармошку, пианино.



Когда ребенок научится различать на слух их звучание, правильно играть на них, используйте его умения в сюжетных играх - "У мишки день рождения. Давай сыграем для него на пианино", когда поем песенку про Антошку - играем на гармошке и т.д.

#### **- ЗВУКИ ПРИРОДЫ**

Оказавшись на природе, вместе с ребенком прислушайтесь внимательно к звукам вокруг - шелесту листвы, жужжанию мухи, журчанию ручейка... Звуки природы сами по себе несут успокоение и гармонию.

#### ***10. Игры с ритмами***

Проведение игр с ритмами дает новые возможности для развития аутичного ребенка. Использование интереса ребенка к ритму и мелодии способно помочь "растормозить" его речь, развить подражание, вызвать двигательную активность.

В играх с ритмами используйте следующие приемы:

- хлопки в ладоши;
- топание ножками;
- прыжки в определенном ритме;
- танцы;
- проговаривание текстов стихотворений;
- пение детских песенок.

Использование стихотворений, потешек, песенок в работе с аутичным ребенком предполагает:

- Сопровождение текста движениями;
- воспроизведение сюжета с помощью игрушек;
- Показывание сюжетных картинок.

При этом следует исходить из принципов простоты (движения не должны быть сложными) и доступности сюжета для детского восприятия. Кроме этого, стишок или песенка должны обязательно понравиться ребенку. Вводите стишки и песенки постепенно, давая ребенку возможность выбрать те, что ему больше нравятся. Хорошо себя зарекомендовали поминки с движениями Олеси Железновой.

Рекомендуем начинать занятия со следующих текстов: песенки - "Антошка", "Песенка львенка и черепахи", "Жили у бабуши два веселых гуся», стихотворения-потешки - "Ладушки", "Идет коза рогатая", "Баба сеяла горох", "Большие ноги идут по дороге"; цикл стихотворений "Игрушки" Агнии Барто.

## **ТЕКСТЫ СТИХОВ И ДЕТСКИХ ПЕСЕНОК**

### ***Потешки***

*Произносите нараспев и одновременно хлопаете в ладоши (если ребенок пассивен, можно действовать его руками).*

- Ладушки, ладушки, где были?
- У бабушки,
- Что ели?
- Кашку.
- Что пили?

- Бражку.  
- Кашку поели, бражку попили,  
(Имитируем движения - "едим", "пьем".)  
- Шу-у-у, полетели - на головку сели!  
(Взмахи ладонями, затем опускаем их на голову)  
\*\*\*

- Большие ноги  
- Шли по дороге:  
- Топ-топ-топ, Топ-топ-топ.  
(Задавая ритм, ходите и бегайте:  
шагая широко, говорите низким голосом.)  
- Маленькие ножки  
- Бежали по дорожке;  
- Топ-топ-топ, топ-топ-топ!  
- Топ-топ-топ, топ-топ-топ!  
(бег мелким шагом с произнесением  
текста тонким голосом.)  
\*\*\*

- Баба сеяла горох  
- Прыг-скок, прыг-скок! (Прыжки.)  
- Обвалился потолок  
- Прыг-скок, прыг-скок! (Прыжки.)  
- Баба шла, шла, шла, (Ходьба)  
- Пирожок нашла,  
(Имитация движений: наклоняемся, "подбираем пирожок", "едим")  
- Села, поела,  
- Опять пошла. (Ходьба)  
\*\*\*

- Идет коза рогатая,  
- Идет коза бодатая  
(Пальцами рук изображаем рога.)  
- За малыши ребятами!  
(Постепенно приближаемся к ребенку.)  
- Ножками: топ! топ! (Топаем.)  
- Глазками: хлоп! хлоп!  
(Подносим руки к глазам и "хлопаем" пальцами-ресницами)  
- Кто кашки не ест,  
- Кто молочка не пьет,  
(Грозим, помахивая указательным пальцем.)  
- Того забодает,  
- Забодает, забодает!  
(Имитируем движения "рогами".)

**Агния Барто «Игрушки»**

**Мишка**

Уронили мишку на пол, (Роняем мишку)

Оторвали мишку лапу. (*Дергаем мишку за лапку*)  
Все равно его не брошу, (*Жалеем мишку;*)  
Потому что он хороший. (*прижимаем к себе, гладим.*)

### **Мячик**

Наша Таня громко плачет:  
Уронила в речку мячик,  
(*Кукла роняет мячик в "реку" –  
закрыв лицо руками, изображаем плач.*)  
- Тише. Танечка, не плачь:  
Не утонет в речке мяч.  
(*Затем жалеем куклу, подаем ей мяч.*)

### **Бычок**

Идет бычок, качается, (*Идем, покачиваясь*)  
Вздыхает на ходу: (*Вздыхаем*)  
- Ох, доска кончается,  
Сейчас я упаду!  
(*С испуганным видом останавливаемся,  
например у края ковра*)

### **Лошадка**

Я люблю свою лошадку,  
Причешу ей шерстку гладко,  
Гребешком приглажу хвостик  
И верхом поеду в гости  
(*Имитируем движения:  
"причесываем" лошадку,  
"едем верхом".*)

### **Самолет**

Самолет построим сами,  
Понесемся над лесами.  
Понесемся над лесами,  
А потом вернемся к маме  
(*Широко расставив руки- "крылья",  
"летаем" по комнате*)

### **Слон**

Спать пора! Уснул бычок,  
Лег в коробку на бочок,  
(*Изображаем "сон",  
подложив ладошки под щеку.*)  
Сонный мишка лег в кровать,  
(*Укладываем спать мишку.*)  
Только слон не хочет спать.  
Головой кивает слон,  
(*Киваем головой*)  
Он слонихе шлет поклон

### **Детские песенки**

## **Антошка**

*(из мультфильма "Веселая карусель" №1)*

Слова Ю.Энтина

- Антошка, Антошка, (2 раза)

Пойдем копать картошку! (2 раза)

*(Имитируем движения - "копаем".*

*Задорно покачиваем головой.)*

- Дили-дили!

Трали-вали!

Это мы не проходили!

Это нам не задавали!

- Антошка, Антошка, (2 раза)

Сыграй нам на гармошке! (2 раза)

*(Имитируем игру на гармошке.*

*Задорно покачиваем головой)*

- Дили-дили!

Трали-вали!

Это мы не проходили!

Это нам не задавали!

- Антошка, Антошка, (2 раза)

Готовь к обеду ложку! (2 раза)

*(Берем в руки ложку.*

*Задорно покачиваем головой)*

- Дили-дили!

- Трали-вали!

Это, братцы, мне по силе!

Откажусь теперь едва ли!

## **Веселые гуси**

*Украинская народная песня*

Жили у бабуси

Два веселых гуся:

Один серый,

Другой белый -

Два веселых гуся.

*(Складывая пальцы рук щепотью, изображаем головы гусей.)*

Вытянули шеи -

У кого длиннее?

*(Наклоняем вперед одну руку, другую руку, обе руки.)*

Один серый,

Другой белый -

У кого длиннее?

*(Вытягиваем обе руки вперед, затем поочередно.)*

Мыли гуси лапки  
В луже у канавки.  
*(Потираем ладошки друг об друга.)*  
Один серый,  
Другой белый -  
Спрятались в канавке,  
*(Наклоняем вперед одну руку, другую  
руку, прячем за спину обе руки.)*  
Вот кричит бабуся:  
"Ой, пропали гуси!  
Один серый,  
Другой белый-  
Гуси мои, гуси!"  
*(Эмоционально, обхватив лицо  
руками и огорченно покачивая головой.)*  
Выходили гуси,  
Кланялись бабуся.  
Один серый,  
Другой белый-  
Кланялись бабуся.  
*(Руки медленно появляются из-за  
спины, наклоняются вперед)*

### ***11. Игры с движениями и тактильными ощущениями***

Поскольку прикосновения могут оказаться для аутичного ребенка неприятными, поначалу старайтесь не дотрагиваться до него. Будьте терпеливы и тактичны и дождитесь момента, когда ребенок первый проявит инициативу. Это может произойти по-разному: вот ребенок впервые забрался к вам на колени или вдруг во время занятия в первый раз надолго остановил взгляд на вашем лице, а затем протянул руку и стал ощупывать ваш нос, щеки, лоб (надо обязательно предоставить ему эту возможность), или же снял кофточку и словами "Больно, болит!" выразил просьбу погладить ему спинку. Будьте внимательны и не пропустите этот важный шаг ребенка в вашу сторону.

Если это произошло, то в занятиях становится возможным проведение таких игр:

- ТОРМОШЕНИЕ, ВОЗНЯ

Обычно происходит на полу или диване, и ребенок является инициатором этой игры. Во время подобных игр можно валяться, обниматься, толкаться, кататься, щекотаться и т.п.

- ДОГОНЮ-ДОГОНЮ, ПОЙМАЮ-ПОЙМАЮ



Делаете вид, что пытаетесь поймать ребенка, а он убегает. Предложите ему вариант игры наоборот - пускай он попробует догнать вас. Однако этот вариант очень сложен для аутичного ребенка, т.к. требует от него большей активности и произвольности действий.

- ЗМЕЙКА

Возьмите ленточку (скакалку, веревку) и, делая колебательные движения рукой, отходите от ребенка, предлагая ему догнать змею: "Уползает, уползает змейка! Скорее догони!" Дайте ребенку возможность победно наступить на змейку ногой.

- САМОЛЕТИКИ

Покружите ребенка в воздухе - "Полетели, полетели!", затем опустите на диван или на пол «Приземлились...»

## Приложение 5. Полезные ссылки

- <http://mivmeste.in.ua/autizm/diagnostika-autizma/test/> М-Chat тест онлайн
- <https://test.autism.help/> М-Chat тест онлайн
- <http://stopautism.ru/%D1%82%D0%B5%D1%81%D1%82-%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BA> Тест на Аутизм АТЕК для оценки динамики и выявления проблем
- По программе «Ранняя птичка» <http://www.autism.org.uk/earlybird>, <http://www.autism.org.uk/professionals/training-consultancy/earlybird.aspx>, <https://www.youtube.com/watch?v=hfrDaM5DxY8>
- Информация о книге «ДЕНВЕРСКАЯ МОДЕЛЬ раннего вмешательства для детей с аутизмом». Роджерс, С. Дж., Доусон, Дж., Висмара, Л. А.: <https://autismfrc.ru/articles/249>
- книга «ДЕНВЕРСКАЯ МОДЕЛЬ раннего вмешательства для детей с аутизмом». Роджерс, С. Дж., Доусон, Дж., Висмара, Л. А. Р60 Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом : Как в процессе повседневного взаимодействия научить ребенка играть, общаться и учиться / Салли Дж. Роджерс, Джеральдин Доусон, Лори А. Висмара ; [пер. с англ. В. Дегтяревой]. — Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2016. — 416 с.: <http://www.rama-dety.com/bookonline/1248.pdf>
- Программа помощи малышам с аутизмом ASSERT <https://www.nakedheart.org/ru/news/assert-%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%D1%8F-%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D1%89%D1%8C-%D0%B0%D1%83%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%BC/>
- Подробнее о книге Программа "Каролина" для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями: <https://www.labirint.ru/books/334217/>
- Подробнее о PECS: <https://pecsusa.com/pecs/>
- Читать руководство для педагогов: <https://drive.google.com/file/d/0B0IzJR0EON3faDVrSnBaTFpMOVE/edit>  
<http://outfund.ru/chto-takoe-kommunikacionnaya-sistema-obmenaizobrazheniyami-ili-pecs/>
- Скачать карточки PECS: <http://obuchalka-dlya-detey.ru/kartochki-pecs/>, <http://pecs.in.ua/>
- Подробнее по АВА: <http://autism-info.ru/aba/>, <https://www.kennedykrieger.org/patient-care/patient-care-programs/inpatientprograms/neurobehavioral-unit-nbu/applied-behavior-analysis>
- Подробнее по ВВА : <http://autism-aba.blogspot.com/2013/09/verbal-behavior-therapy.html>
- О Книге Мэри Линч Барбера «Детский аутизм и вербально-поведенческий

подход» (The Verbal Behavior Approach): <http://www.rama-dety.com/bookonline/1233.pdf>, <http://www.rama-dety.com/books/product-1233.html>

- Подробнее о PRT <http://www.koegelautism.com/>
- Краткий обзор научных публикация, связанных с PRT: <http://www.autismprthelp.com/research-literature.php>
- Читать подробнее по ТЕАССН.: <https://teacch.com/about-us/>
- Розитта Зюмалла. Обучение и сопровождение детей с аутизмом по программе ТЕАССН. Перевод с немецкого: А. Ладисов, О. Игольников  
Минск: Общественное объединение "Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам", 2005.  
[http://pedlib.ru/Books/6/0042/6\\_0042-35.shtml](http://pedlib.ru/Books/6/0042/6_0042-35.shtml)
- Читать подробнее о эмоционально-смысловом подходе: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-26/emocionalno-smyslovoj-podxod-kkorrekczii-rasstrojstv-autisticheskogo-spektra>

[https://informatio.ru/news/education/emotsionalno\\_smyslovoy\\_podkhod\\_ikp/](https://informatio.ru/news/education/emotsionalno_smyslovoy_podkhod_ikp/)

- Видеозапись вебинара «Использование метода Флортайм в работе с детьми с РАС»: <https://autism-frc.ru/articles/269>
- Видеозапись вебинара «Развитие речи у детей с РАС с применением подхода DIR»: <https://autism-frc.ru/articles/451>
- Читать о методике: <http://specialtranslations.ru/floortime-2/>
- Читать о методике: <http://www.psychologies.ru/roditeli/children/flortaym/>
- Обучение: <http://www.icdl.com/courses>, <http://ompu.pro/dir-floortime/>
- Подробнее о Son-Rise : <https://autizmy-net.ru/metodika-son-rise/>
- Подробнее о Ежедневная жизненная терапия: [www.bostonhigashi.org/about\\_us/daily\\_life\\_therapy](http://www.bostonhigashi.org/about_us/daily_life_therapy)
- Информация по RDI на официальном сайте: <https://www.rdiconnect.com/about-rdi/>
- Иные ресурсы по теме: <https://pobedimautism.ru/metodika-vzaimootnoscheny-rdi/>, <http://stopautism.ru/коррекция-выбор-терапии-наш-опыт/методика-rdi/>
- Читать о методике Сенсорная интеграция подробнее: <http://sensint.ru/articles/metodika-sensornaya-integracii-i-stimulyacii-metodikasis-predmetoterapiya>
- Томатис терапия Официальный сайт: <https://www.tomatis.com/ru>
- Краткий обзор: <https://www.tomatis.com/ru/kratkii-obzor>
- Другие ресурсы по теме: <https://autizmy-net.ru/tomatis-terapiya-dlya-razvitiya-rechi/>, <http://epiclinic.ru/uslugi/tomatis-terapiya>, <http://fb.ru/article/248546/metod-tomatis-pomosch-logopeda-defektologa-ipsihologa>
- Читать подробнее о методе Модель SCERTS: [http://www.scerts.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=2](http://www.scerts.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=2) Официальный сайт: <http://www.scerts.com/>
- Официальный сайт Метод Миллера: <http://www.millermethod.org/>



## Список литературы

1. ADOS – 2 план диагностического обследования при аутизме. Руководство./пер. на рус. А. Сорокин, Е. Давыдова, К. Салимова. – М.: ООО «НПФ “Смысл”», 2016
2. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. Младший дошкольный возраст. // АЛЬМАНАХ ИКП, 2001.- № 4.
3. Выявление признаков аутистических расстройств у детей дошкольного возраста. Методические рекомендации. Дайджест по материалам печати и Интернета [Рукопись]: Бюджет. учреждение высш. образования Ханты-Манс. авт. округа – Югры «Сургут. гос. пед. ун-т», Региональный ресурсный центр. – Сургут, 2019.
4. Как проявляются симптомы расстройств аутистического спектра (РАС) у детей раннего возраста. Пособие для родителей, семьи, друзей. Москва. Фонд «Выход», 2014.- 36с.
5. Манелис Н.Г., Волгина Н.Н., Никитина Ю.В., Панцырь С.Н., Феррои Л.М. Организация работы с родителями детей с расстройствами аутистического спектра. Методическое пособие/ Под общ.ред. А.В. Хаустова. М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. 94 с.
6. Морозов С.А. Выявление риска расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста. – Воронеж, 2014
7. Морозов С.А. Детский аутизм и основы его коррекции (материалы к спецкурсу). — М.: Изд-во "СигналЪ", 2002.
8. Никольская О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи./О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2017. – 288 с.
9. Портал психологических изданий PsyJournals.ru — <https://psyjournals.ru/authors/78081.shtml> [Морозов Сергей Алексеевич]
10. Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация. Клинические рекомендации: Общественная организация «Российское общество психиатров», 2020.
11. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство. Под редакцией Н. В. Симашковой. - М.: Авторская академия, 2013. - 264 с.
12. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. Учебное пособие для студентов. Григоренко Е.Л. – М.: Практика, 2018. – 280 с.
13. Самарина Л.В. Ранняя помощь детям с расстройством аутистического спектра. Материалы Санкт-Петербургского института раннего вмешательства. – СПб, 2018
14. <https://www.baby.ru/wiki/zdorove-detey/priznaki-i-simptomy-autizma-u-detej-rannej-voznrastnoj-gruppy-kak-raspoznat-opasnost/>

15. <http://psy-metod.ru/articles/diagnostika-rasstroystva-autisticheskogo-spektra-i-shizofreniya-v-detskom-voznraste> (поведенческие симптомы аутизма)
16. <http://spravka.neinvalid.ru/zabolevaniya/rasstrojstva-autisticheskogo-spektra-ras/diagnostika-ras-v-rannem-detskom-voznraste/>
17. [https://emberint.ru/articles/priznaki\\_autisma/](https://emberint.ru/articles/priznaki_autisma/)