



*Белгородский региональный центр
психолого-медико-социального
сопровождения*

*Региональный ресурсный центр для детей с РАС и другими
ментальными нарушениями*

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РАС

Авторы составители:

Лебедева Светлана Викторовна
*руководитель регионального ресурсного
центра для детей с РАС и другими ментальными
нарушениями ОГБУ «Белгородский региональный
центр психолого-медико-социального сопровождения»*

Кузнецова Юлия Александровна
*заместитель директора
МБОУ «Средняя общеобразовательная
школа № 43» г. Белгорода*

Голосная Татьяна Владимировна
*учитель-дефектолог
МБОУ «Средняя общеобразовательная
школа № 43» г. Белгорода*

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель проекта

№ 10090282

Е.А. Викторова

«29» апреля 2021г.

**Белгород
2021**

Оглавление

Введение	2
I. Психолого-педагогическая характеристика особенностей детей с расстройствами аутистического спектра.	4
II. Психолого-педагогическая классификация детей с РАС (по О.С. Никольской).....	6
2.1. <i>Особенности развития и поведения детей первой группы</i>	6
2.2. <i>Особенности развития и поведения детей второй группы</i>	7
2.3. <i>Особенности развития и поведения детей третьей группы</i>	8
2.4. <i>Особенности развития и поведения детей четвертой группы</i>	9
III. Методы выявления признаков расстройств аутистического спектра у детей.	13
3.1. <i>Основные трудности ранней диагностики расстройств аутистического спектра у детей</i>	13
3.2. <i>Опросники, шкалы и методики наблюдения при выявлении РАС у детей</i>	13
3.3. <i>Методики диагностики расстройств аутистического спектра у детей российских авторов</i>	15
IV. Диагностические критерии выявления РАС у детей по МКБ-10	17
Заключение.....	19
Список литературы и источников.....	20
Приложение 1. Диагностическая карта ребенка с расстройствами аутистического спектра	25
Приложение 2. Схема обследования ребенка с расстройствами аутистического спектра	37
Приложение 3. Протокол педагогического обследования (Авторы-составители: А.В. Хаустов, Е.Л. Красносельская, С.В. Воротникова, Ю.И. Ерофеева, Е.В. Матус, А.И. Станина, И.М. Хаустова, Т.В. Шептунова)	43

Введение

В соответствии с законом Российской Федерации «Об образовании в РФ» и введением Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, государство гарантирует возможность получения образования каждому ребенку с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС).

Согласно статье 79 закона Российской Федерации от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в РФ», «Общее образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам (далее – АООП). В таких организациях создаются специальные условия для получения образования указанными обучающимися».

Имеющийся на сегодняшний день практический опыт обучения детей с РАС показывает, что для этой категории детей должны быть разработаны и внедрены различные модели обучения, позволяющие максимально реализовать их право на получение адекватного их возможностям и способностям образования, позволяющего реализовать потенциал этих детей. Важно при этом понимать, что эта задача не может быть решена только методом административных решений и простым включением детей с особыми образовательными потребностями в школьный класс. Очевидно, что организация школьного обучения детей с расстройством аутистического спектра требует определения соотношения форм специального образования и интеграции в общеобразовательную среду, соответствующую их особым образовательным потребностям. В связи с этим основной задачей в организации обучения и воспитания ребенка с РАС является помощь в постепенном и последовательном освоении образовательной среды. Наиболее перспективной формой обучения ребенка с РАС представляется постепенная, индивидуально дозированная и специально поддерживаемая интеграция в группу или класс детей с отсутствием или меньшей выраженностью проблем коммуникации, возможности которых на данном этапе оцениваются как сопоставимые с его собственной способностью к обучению.

Получение такими детьми качественного образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, дальнейшего обучения в образовательной организации, обеспечения полноценного их участия в жизни общества.

Дети с РАС составляют основную массу детей, имеющих наиболее тяжелые, требующие специальной психолого-педагогической, а иногда и медицинской помощи нарушения в социально-личностном развитии.

В связи с вышесказанным встает вопрос о диагностике детей с РАС в образовательном учреждении для дальнейшего сопровождения психолого-педагогической службой ребенка в образовательном процессе.

Данное методическое руководство будет полезно для специалистов психолого-педагогического сопровождения в образовательных организациях, работающих с детьми с РАС. Оно направлено на выявление индивидуальных особенностей и уровня развития детей.

I. Психолого-педагогическая характеристика особенностей детей с расстройствами аутистического спектра.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – гетерогенная группа нарушений нейроразвития, включающих различные нозологические дефиниции, характеризующиеся триадой нарушений социального взаимодействия, общения, стереотипного поведения. Включает при отдельных формах «неспецифические проблемы» (МКБ-10).

Согласно международной классификации болезней МКБ-10, к собственно аутистическим расстройствам относятся:

- детский аутизм (F84.0) (аутистическое расстройство, инфантильный аутизм, инфантильный психоз, синдром Каннера);
- атипичный аутизм (с началом после трех лет) (F84.1);
- синдром Ретта (F84.2);
- синдром Аспергера (F84.5).

С 1 января 2022 года вступит в силу МКБ-11 в котором введена новая рубрика «Нейроонтогенетические расстройства» («Neurodevelopmental disorders»), в которую входят расстройства интеллектуального развития, РАС, нарушения развития речи и моторных навыков. Группа РАС расширилась. Это сделано для акцентуации внимания на сохранности интеллекта, чтобы в будущем подобрать для пациента более подходящий образовательный маршрут.

Расстройства аутистического спектра - это группа расстройств, которые характеризуются врожденными нарушениями социальных взаимодействий, трудностями при контакте с другими людьми, неадекватными реакциями при общении, ограниченностью интереса и склонностью к стереотипии (повторяющимся действиям, схемам). Согласно статистическим данным, от подобных расстройств страдает около 2% детей. При этом у девочек аутизм диагностируется в 4 раза реже. За последние два десятилетия случаи подобных нарушений значительно участились, хотя еще неясно, действительно ли патология становится более распространенной или же рост связан с изменением диагностических критериев.

Аутистический спектр у детей может проявляться по-разному. На сегодняшний день выделено несколько критериев, на которые нужно обязательно обращать внимание: основным симптомом аутизма является нарушение социальных взаимодействий. Люди с таким диагнозом не умеют распознавать невербальные сигналы, не чувствуют состояния и не различают эмоций окружающих людей, что вызывает трудности в общении. Нередко наблюдаются проблемы со зрительным контактом. Такие дети, даже подрастая, не проявляют

особого интереса к новым людям, не участвуют в играх. Несмотря на привязанность к родителям, малышу трудно проявлять свои чувства. Проблемы с речью также присутствуют. Ребенок гораздо позже начинает говорить, или же речь отсутствует вовсе (зависит от разновидности нарушения). Вербальные дети часто имеют небольшой словарный запас, путают местоимения, время, окончания слов и т. д. Дети не понимают шуток, сравнений, воспринимают все буквально. Имеет место эхολалия.

Аутистический спектр у детей может проявляться нехарактерной жестикуляцией, стереотипическими движениями. В то же время им трудно сочетать разговор с жестами. Характерные особенности детей с расстройствами аутистического спектра — повторяющиеся модели поведения. Например, ребенок быстро привыкает ходить одной дорогой и отказывается свернуть на другую улицу или зайти в новый магазин. Часто формируются так называемые «ритуалы», например, сначала нужно надеть правый носок и лишь затем левый, или сначала нужно бросить в чашку сахар и лишь потом заливать водой, но ни в коем случае не наоборот. Любое отклонение от выработанной ребенком схемы может сопровождаться громким протестом, приступами гнева, агрессией. Ребенок может привязаться к одной игрушке или неигровому предмету. Игры малыша часто лишены сюжета, например, он не разыгрывает бои с игрушечными солдатиками, не строит замки для принцессы, не раскатывает машинки по всему дому.

Дети с аутистическими расстройствами могут страдать от гипер- или гипочувствительности. Например, есть дети, которые усиленно реагируют на звук, причем, как отмечают уже взрослые люди с подобным диагнозом, громкие звуки не только их пугали, но вызывали сильную боль. То же может относиться к кинестетической чувствительности — малыш не чувствует холода, или, наоборот, не может пройти босиком по траве, так как ощущения доставляют ему дискомфорт. У половины детей с подобным диагнозом наблюдаются особенности пищевого поведения — они категорически отказываются есть какие-то продукты (например, красные), отдадут предпочтение какому-то одному блюду.

II. Психолого-педагогическая классификация детей с РАС (по О.С. Никольской)

По классификации О.С. Никольской все разнообразие детей с ранним детским аутизмом может быть условно отнесено к четырем группам.

2.1. Особенности развития и поведения детей первой группы.

Для детей 1-й группы характерны проявления полевого поведения, ребенок отрешен, автономен, не вступает в контакт не только с чужим человеком, но с близкими, не откликается на обращение и зов, но, в тоже время, может реагировать на неречевые звуки, особенно на музыкальные, хотя и отсрочено по времени (латентно). «Случайно» столкнувшись с каким бы то ни было предметом, в том числе и заданием, может как бы не фиксируясь, выполнить его (например, сложить доску Сегена, или пазлы и т.п.). Предметы и игрушки не провоцируют его на специфические действия, а могут просто все сбрасываться на пол, при этом создается впечатление, что именно акт падения и привлекает ребенка, но он, как правило, не смотрит на сам процесс. При попытке взрослого вмешаться в действие, или пассивно уходит от контакта, «утекает» (как говорят специалисты), или не реагирует вовсе. У детей порой даже старшего дошкольного возраста могут вызываться смех и признаки удовольствия на простейшие тактильные ритмичные воздействия по типу раскачивания, кружения и т.п.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность ребенка оценить, как правило, не удается, в силу невозможности установления какого-либо продуктивного контакта с ним.

Характер деятельности, ее целенаправленность также трудно оценить однозначно. Произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль чаще всего вообще невозможно проверить какими-либо диагностическими методами или приемами. Создается впечатление абсолютной произвольности поведения, его автономности, зависимости от поля внешних предметов и стимулов в целом.

Оценить обучаемость такого ребенка также достаточно трудно вследствие уже фиксированных ранее трудностей оценки продуктивности деятельности, но со слов родителей ребенок «как бы произвольно схватывает на лету» те или иные навыки и иногда может их повторить. Но произвольно «вызвать» повторение — практически не удается.

Выявить уровень развития отдельных психических процессов и функций, как правило, чрезвычайно трудно, но часто ребенок демонстрирует блестящую механическую и сенсомоторную память, иногда внезапно (как бы произвольно)

может прочитать название или вывеску, начать перечислять предметы и т.п. В целом можно говорить о грубейшей неравномерности в развитии психических процессов, отягощенных искажением не только аффективного развития, но и грубом искажении сферы произвольной регуляции — так ребенок, который «не может» повторить простой узор, берет каким-то своеобразным, вычурным захватом карандаш и рисует транзисторный приемник в трехмерной проекции. С возрастом такой ребенок, скорее всего, будет обучаться в системе специального образования.

2.2. Особенности развития и поведения детей второй группы.

Внешне такие дети выглядят как наиболее страдающие - они напряжены, скованы в движениях, но при этом демонстрируют стереотипные аутостимулирующие движения, может проявляться двигательное беспокойство, в том числе стереотипные прыжки, бег по кругу, кружение, пронзительный крик и страх войти в кабинет. Речь - эхολаличная и стереотипная, со специфичной скандированностью или монотонностью, нередко «телеграфная», часто не связанная по смыслу с происходящим. Речевые стереотипии могут выглядеть, и как повторение одного и того же фрагмента, или выступать как аутостимуляция звуками («тики-тики», «диги-диги» и т.п.). «...Чрезмерная чувствительность таких детей к сенсорной стимуляции является причиной того, что страхи легко провоцируются раздражителями повышенной интенсивности: громким звуком, насыщенным цветом...» [О.С. Никольская, 2000]. Нередко выраженный дискомфорт и страх может вызывать даже умеренный раздражитель (прикосновение к голове, капля сока или воды на коже). В большинстве случаев отмечаются упорные страхи определенных и новых бытовых ситуаций.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность оценить у детей достаточно трудно, так как малейшее напряжение вызывает усиление стереотипий, эхολалий и других способов аутистической защиты. Контакт с ребенком часто носит абсолютно формальный характер, скорее «по поводу» предмета, а не с человеком.

Произвольность регуляции собственных действий и целенаправленность, самоконтроль также чаще всего трудно проверить диагностическими методами и приемами. Но ребенок захвачен уже собственными стереотипными способами аутистической защиты. При этом вмешаться деятельность ребенка возможно лишь подключившись к его стереотипиям. В этом случае ребенку обычно удается удержать простые алгоритмы деятельности, заданные взрослым. Оценить обучаемость ребенка также достаточно трудно, вследствие трудностей организации продуктивной деятельности. Часто (со слов родителей) ребенок

обучается бытовым и социальным навыкам, но жестко привязывает их к конкретной ситуации, и они не переносятся в какие-либо другие ситуации. Механистичность и буквальность проявляются и в мышлении. При этом ребенок может и предпочитает самостоятельно классифицировать предметы по различным признакам. Недоступно считывание контекста ситуации, но ребенок как бы чувствует «эмоциональный знак» ситуации. Такой ребенок в школьном возрасте также, скорее всего, попадает в систему специального образования.

2.3. Особенности развития и поведения детей третьей группы.

Такой ребенок в речевом отношении может опережать сверстников. Так первые слова нередко появляются до года, быстро растет словарь, фраза быстро становится правильной и сложной. Речь малыша удивляет своей взрослостью. Однако уже в этот период родители отмечают, что, несмотря на «развитую» речь, поговорить с ним невозможно. При этом речь активно используется для аутостимуляции: они дразнят близких, произнося «плохие» слова. Речь остается эхололичной и стереотипной. Уже в возрасте до трех лет для ребенка характерны длинные монологи на аффективно значимые для него темы, использование штампов и цитат. Характерно и повышенное внимание к собственно звуковой стороне слова.

Дети 3-й группы демонстрируют псевдо обращенность к собеседнику, выражение «энтузиазма» с высокой «...одухотворенностью на лице, утрированное оживление, которое носит несколько механистичный характер, но может оцениваться как высокое интеллектуальное развитие силу того, что речь подчеркнута взрослая, с большим запасом слов, «высоко интеллектуальными» интересами, которые демонстрирует ребенок» [Баенская Е.Р., 2000]. Но, в то же время, именно речевая деятельность привлекает внимание своей спецификой: оторванностью от конкретной ситуации, маломодулированностью, иногда своей скандированностью, как правило, на высоких тонах. Внешне обращает на себя внимание «горящий взор», блестящие глаза и выражение постоянного энтузиазма. При этом, по сути дела, для ребенка взрослый выступает не как субъект общения, а лишь как «реципиент» его интеллектуальной продукции. У этих детей феноменологическая картина, порой, ошибочно производит более благоприятное впечатление с точки зрения коммуникации ребенка и уровня его развития. Именно у них часто выявляют варианты парциальной одаренности. Такие дети часто выглядят как захваченные своими собственными стойкими интересами, и их родители обращаются уже не за помощью вследствие отставания в общем развитии ребенка, а в связи с трудностями во взаимодействии с таким ребенком,

его конфликтностью, невозможностью уступить, не понимания правил социума в целом, резкой дизадаптацией в среде сверстников.

Моторное развитие также специфично: дети моторно неловки, отмечается нарушения мышечного тонуса, недостаточность координации движений, трудности «вписывания» в пространство. В частности, всегда поражает несоответствующая интеллектуальному уровню бытовая неприспособленность, невозможность выработать простые навыки самообслуживания (как показатель именно искажения этой сферы). При этом у них меньше моторных стереотипий, скорее им свойственны стереотипии речевые.

Дети часто оживлены, многословны, громки. Создается ощущение их активности и деятельности, хотя, и продуктивность деятельности, и ее темп, и работоспособность чаще всего не соответствуют возрасту. Активны и неутомимы эти дети исключительно в сфере своих специфических(стереотипных) интересов. Их речь на «излюбленные» темы становится быстрой, движения энергичными. Ребенок много жестикулирует. То есть в рамках своего интереса ребенок может быть достаточно работоспособен.

Все компоненты их произвольной регуляции оказываются явно недостаточно развиты. Они не в состоянии соотносить свое поведение и регулировать его в соответствии с требованиями окружающей обстановки (ситуации). Например, они совершенно не в состоянии произвольно остановить свой речевой поток даже после того, как активный слушатель уйдет, но продолжают воспроизводить его снова и снова. В рамках своих стереотипных переживаний и нечасто возникающих поведенческих ритуалов программа такой деятельности удерживается, но очень негибко (как и в любом ритуале). Регуляция своего движения также сформирована недостаточно как в крупной, так и в мелкой моторике. Их трудно обучить моторным навыкам, в том числе, простым графическим навыкам письма.

Критичность такого ребенка также снижена. Их вообще мало интересует собственно результативность какой-либо деятельности, в особенности в тех случаях, когда они оказываются «заряженными» самим процессом выполнения задания. Ошибок своих они не замечают (хотя следует отметить, что в целом эти дети оказываются достаточно успешны в выполнении большого ряда собственно интеллектуальных заданий) и могут «убежденно» отстаивать (но без критики) свое решение. Наименее критичны дети к своим стереотипным агрессивным переживаниям, изоощренным рассуждениям о своей мести кому-либо и т.п.

2.4. Особенности развития и поведения детей четвертой группы.

Для них характерна чрезвычайная тормозимость, пугливость (особенно в контактах), ощущение несостоятельности, необходимость постоянной поддержки со стороны взрослых. Родители, приходящие с этими детьми, чаще жалуются не на трудности эмоционального контакта, а на задержку психического развития в целом. Все это в значительной степени усугубляет дизадаптацию ребенка в целом. При этом существенным является то, что дети этой группы, несмотря на аутистическую «болезненность» контактов с окружающими, пытаются все же строить правильные формы поведения в обществе. Но поскольку это происходит на фоне трудностей адекватного «эмоционального гнозиса» (восприятия и эмоциональной оценки выражения лица) — это значительно усложняет их адаптацию.

Во внешнем виде чаще характерна физическая хрупкость, болезненность. Они выглядят скованными, их движения неловки и угловаты. Для них характерна вялость, замедленность речи, проблемы плавности речи, в частности, ее просодической стороны. Взгляд на лицо взрослого прерывистый, они могут отвечать полуотвернувшись от взрослого («удерживая» его в периферических полях зрения), но, в то же время, в целом производят впечатление патологически робких и застенчивых. В поведении бросается в глаза отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайная кратковременность) контакта «глаза в глаза», невозможность установить эмоциональный контакт с окружающими, чрезмерная зависимость, привязанность к матери. В тревожащих ребенка ситуациях наблюдаются двигательные стереотипии (преимущественно руками) или речевые стереотипии, всегда усиливающиеся в сложных, незнакомых ситуациях.

Эти дети замедлены в своей деятельности, застревают в ней и быстро утомляются, отвечая при этом с большой отсроченностью (латенцией), нередко невпопад. Часто их замедленность обусловлена неуверенностью, ожиданием поддержки со стороны близких. Для них характерна общая вялость, которая, порой, сменяется перевозбуждением. Работают, как правило, тщательно, как бы боясь что-либо сделать неправильно. Поощрение зачастую вызывает убыстрение деятельности. Темп деятельности пропорционален зависимости от взрослого, боязни ошибиться. Работоспособность может быть снижена. Даже речь таких детей замедленна и тиха.

Характер их деятельности нельзя оценить однозначно. Если говорить о возможности следования инструкции или выполнения последовательности определенных мыслительных операций, то имеет смысл говорить о более или менее достаточной сформированности регуляции собственной деятельности. В то же время, отмечается фактическая невозможность регуляции себя на

двигательном уровне, тем более очевидна невозможность собственно эмоциональной регуляции. Это и свидетельствует именно об искажении в самой системе формирования произвольной регуляции деятельности как базового компонента деятельности вообще.

В целом они демонстрируют относительную адекватность по отношению к предлагаемым заданиям, хотя часто излишне тревожны, легко тормозимы, требуют поддержки (часто очень объемной со стороны близких). На фоне волнения и неуверенности часто возникают двигательные (реже речевые) стереотипии. В то же время, собственно в общении, оценке ситуаций, в особенности юмористического или переносного ее подтекста, оценке эмоционального состояния окружающих и т.п. они оказываются выражено неадекватными. Они не в состоянии понять чувства другого человека, встать на его место. В силу этого они проявляют свою неадекватность практически в любой ситуации взаимодействия, и с детьми, и со взрослыми.

Им свойственна чрезмерная критичность, особенно по отношению к результатам собственной деятельности, хотя, порой, они скорее будут ориентироваться на оценку взрослого, чем на собственно результат своей деятельности. Отчасти можно сказать, что эти дети критичны и по отношению к оценке своих взаимодействий с окружающими, но понять причины своей несостоятельности, в частности в игре или в общении со сверстниками, они не могут. То есть они не могут критично отнестись к себе как к субъекту общения, в том числе и за счет невозможности считывания эмоционального контекста ситуации.

Обучаемость детей 4 й группы может быть достаточной в том случае, когда педагог понимает особенности ребенка и знает о трудностях восприятия им фронтальной инструкции (то есть подходит индивидуально в рамках обучения в классе, в небольшой группе). Часто обучаемость бывает несколько замедлена не только в силу стереотипности, инертности деятельности, но и за счет специфики речевого развития и понимания условностей, невозможности понять метафоризации в подаче материала, свойственной нашей культуре.

Основным в квалификации познавательной деятельности является то, что часто возникает ощущение, непонимания этими детьми инструкции и потребности (иногда неоднократно) ее повторения. При этом невербальные (перцептивно-действенные и перцептивно-логические) задания могут выполняться относительно хорошо. Это часто и является причиной диагностической ошибки и квалификации состояния ребенка как традиционной задержки психического развития (ЗПР).

Специфично и восприятие такого ребенка: часто отмечаются трудности целостного восприятия, фрагментарность зрительного восприятия. Налицо проблемы речевого развития: речь бедна, аграмматична, часто имеются нарушения звукопроизносительной стороны речи. Наблюдаются и трудности понимания сложных речевых конструкций, работы с вербально организованным материалом, а также трудности интерполяции и предвосхищения, дословное понимание метафор, образных выражений, недоступность понимания скрытого смысла и подтекстов тех или иных рассказов, пословиц, поговорок. За счет сниженных операциональных характеристик деятельности — ее темпа и работоспособности в целом, общей вялости ребенка возможны и иные негативные проявления при исследовании познавательной деятельности такого ребенка. Представления о потенциальных возможностях детей обычно связаны с невербальной сферой (музыкой, изобразительной деятельностью, конструированием).

Отмечаются и специфичные особенности эмоционального развития — повышенная ранимость, тревожность, неуверенность в себе, тормозимость, которая как бы «прикрывается» внешней отрешенностью. Специфичное наличие страхов, в том числе конкретных. Часто присутствует страх громкого голоса, внезапного, пусть даже и негромкого звука. Почти всегда наблюдается сверхзависимость от матери, реже от какого-либо другого близко связанного с ним человека. Дети очень привязываются к специалистам, которые с ними занимаются, глубоко переживают прекращение занятий, страдают от этой разлуки, реже — проявляют свою обиду — обходят стороной или делают вид, что не заметили, но делают это неловко и (с эмоциональной точки зрения) наивно. Их можно охарактеризовать, как эмоционально «астеничных», утомляемых даже желанным взаимодействием. Основным радикалом этого варианта отклоняющегося развития следует считать огромные трудности организации продуктивного взаимодействия при одновременном наличии выраженной потребности в общении.

Прогноз дальнейшего развития и адаптации детей 3-й и 4-й групп будет зависеть от огромного числа не только объективных факторов, но и от собственных ресурсных возможностей ребенка. Большую роль играет подбор эффективной медикаментозной терапии и своевременность начатого лечения. При благоприятных обстоятельствах и оптимально созданных условиях дети могут достаточно успешно закончить среднюю общеобразовательную школу.

Родители таких детей чаще всего претендуют на обучение ребенка в инклюзивной среде.

III. Методы выявления признаков расстройств аутистического спектра у детей.

3.1. 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:

- не инструментальные (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.).

3.2. *В мире для выявления РАС и обследования детей чаще всего применяется ряд опросников, шкал и методик наблюдения.*

Среди них:

1. Опросник для диагностики аутизма, адаптированный вариант (Autism Diagnostic Interview – **ADI-R**): интервью предназначено для родителей и

педагогов, которые работают с ребенком с особенностями психического развития более 2-х лет. Методику ADI-R рекомендуется использовать вместе с Планом диагностического обследования при аутизме (ADOS).

Интервью состоит из 93 вопросов, входящих в восемь разделов:

- фон – для определения общего фона семейной и терапевтической ситуации;
- вводные вопросы – для того, чтобы обрисовать общую картину поведения испытуемого;
- отчет о раннем развитии;
- ряд вопросов, касающихся возраста, в котором были приобретены языковые навыки и, возможно, утрачены;
- работа с речью и коммуникацией;
- социальное развитие и игры;
- интересы и особенности поведения;
- общее поведение – клиническое значение имеют такие показатели, как агрессия, самоповреждения и возможные эпилептические явления.

Для использования данной методики специалисту необходимо соответствовать определённым требованиям к квалификации.

2. **ABLLS-R** – оценка базовых речевых и учебных навыков (544 навыка в 25 областях). Позволяет оценить уровень развития навыков, помочь установить, какие умения нужны ребенку для того, чтобы эффективно взаимодействовать с окружающими и обучаться в повседневной жизни. Состоит из 2 книг (непосредственно протокол обследования и руководство). Можно приобрести на официальных сайтах русскоязычную версию. Для проведения исследования требуется специальная подготовка для специалистов.

3. Шкала наблюдения для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Observation Schedule – **ADOS**). Переведён на 15 языков.

Содержит пять модулей. Модуль Т предназначен для работы с детьми ясельного возраста, модули 1 и 2 — для работы с детьми от 31 месяца и старше, модули 3 и 4 — для работы с младшими подростками, подростками и взрослыми. При выборе модуля специалист руководствуется в первую очередь уровнем развития экспрессивной речи и во вторую очередь — возрастом участника.

Каждый модуль содержит протокол, который заполняется в ходе обследования, и набор игр, игрушек и задания для проведения интервью.

Для работы с Планом диагностического обследования при аутизме специалист должен пройти дополнительное обучение и получить сертификат, удостоверяющий его право использовать ADOS в своей работе.

4. Шкала социальной зрелости (Vineland Adaptive Behaviour Scale – **VABS**) полуструктурированное интервью, в ходе которого на вопросы исследователя отвечают родители или люди из ближайшего окружения исследуемого лица. Позволяет диагностировать уровень адаптивного функционирования человека, оценивая адаптивное поведение в четырех основных сферах жизнедеятельности: коммуникация, повседневные житейские навыки, социализация, моторные навыки. Не имеет каких-либо возрастных ограничений. *На текущий момент актуальна третья версия — VABS-III.*

а. Шкала рейтинга детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale – **CARS**) - инструмент для оценки выраженности аутизма у детей, либо для первичного скрининга аутизма. Шкала применяется для детей в возрасте от 2-х до 4-х лет.

5. Контрольный список оценки показателей аутизма (Autism Treatment Evaluation Checklist - **АТЕС**) используется для оценки динамики улучшений детей с аутизмом. Онлайн-вариант есть в свободном доступе в сети интернет. Подсчет баллов автоматический.

6. Опросник родителей для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Parents Checklist – **ADPC**)

7. **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. На многих ресурсах можно пройти опросник онлайн.

8. **VB-MAPP** (The Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program) содержит 170 контрольных точек, распределенных в 16 областях и трех условных возрастных уровнях

Можно приобрести на официальных сайтах русскоязычную версию. Для проведения исследования требуется специальная подготовка для специалистов.

3.3. Методики диагностики расстройств аутистического спектра у детей российских авторов.

1. Диагностическая карта аутичного ребенка (по К. С. Лебединской, О. С. Никольской) (см. Приложение 1)

2. Схема обследования аутичного ребенка (по Е.С. Иванову) (см. Приложение 2)

3. Протокол педагогического обследования (А.В. Хаустов, Е.Л. Красносельская, С.В. Воротникова, Ю.И. Ерофеева, Е.В. Матус, А.И. Станина, И.М. Хаустова, Т.В. Шептунова) (см. Приложение 3)

4. Диагностическая программа по определению психологической готовности детей к школьному обучению (Н.И. Гуткина);

5. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями (под. ред. Н.Ю. Барановой);

6. Протокол обследования функционирования ребенка (возраст детей от 0 до 7-ми лет) и факторов среды (А.М. Казьмин, А.И. Чугунова, Г.А. Перминова, С.В. Покровская, А.В. Егоров, Е.А. Абрамова);

7. Наглядный материал для обследования детей (под ред. Е.А. Стребелевой);

8. Диагностический альбом для оценки развития познавательной деятельности ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго).

IV. Диагностические критерии по МКБ-10 (1994, 1999 гг.)

Для диагностики аутистического расстройства, на основании критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра, должно быть не менее 6 из перечисленных ниже симптомов (из них не менее 2 признаков должны относиться к первой подгруппе и не менее 1 – к остальным)

1. Качественные нарушения социального взаимодействия:

- невозможность в общении использовать взгляд, мимические реакции, жесты и позу в целях взаимопонимания;
- неспособность к формированию взаимодействия со сверстниками на почве общих интересов, деятельности, эмоций;
- неспособность, несмотря на имеющиеся формальные предпосылки, к установлению адекватных возрасту форм общения;
- неспособность к социально опосредованному эмоциональному реагированию, отсутствие или девиантный тип реагирования на чувства окружающих, нарушение модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом или нестойкая интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения;
- неспособность к спонтанному переживанию радости, интересов или деятельности с окружающими.

2. Качественные изменения коммуникации:

- задержка или полная остановка в развитии разговорной речи, что не сопровождается компенсаторными мимикой, жестами как альтернативной формой общения;
- относительная или полная невозможность вступить в общение или поддержать речевой контакт на соответствующем уровне с другими лицами;
- стереотипии в речи или неадекватное использование слов и фраз, контуров слов;
- отсутствие символических игр раннем возрасте, игр социального содержания.

3. Ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности:

- обращенность к одному или нескольким стереотипным интересам, аномальным по содержанию, фиксация на неспецифических, нефункциональных поведенческих формах или ритуальных действиях, стереотипные движения в верхних конечностях или сложные движения всем телом;

- преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональными элементами игрового материала.

4. *Неспецифические проблемы* – страхи, фобии, возбуждение, нарушения сна и привычек приема пищи, приступы ярости, агрессия, самоповреждения.

5. *Манифестация симптомов* до трехлетнего возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные методические материалы представляют собой подборку выдержек на тему диагностики расстройств аутистического спектра у детей дошкольного и школьного возраста, которые представлены в открытом доступе в сети Интернет.

Подводя итог изложенному, хотелось бы обратить внимание читателей еще раз на то, что РАС – это медицинский диагноз, который ставит врач-психиатр и никто другой. Материалы, представленные в пособии, могут рассматриваться как ориентировочные для людей так или иначе сталкивающимися с детьми с РАС. Материалы представлены для того, чтобы правильно организовать работу с такими детьми.

Представленные материалы позволят повысить компетенции педагогов, специалистов в вопросах психолого-педагогического сопровождения детей с РАС. Полезны они будут и студентам вузов, как будущих специалистов.

Список литературы и источников

1. Аксенова, Л. И. Социальная педагогика в специальном образовании : учеб. пособие для студентов пед. ссузов / Л. И. Аксенова. - М. : Академия, 2001. - 192 с. - (Педагогическое образование). - Гриф МО. - ISBN 5-7695-0556-7.

2. Алпатова, Н.С. Коррекционно-педагогическая работа с детьми с расстройствами аутистического спектра. Вопросы теории и практики [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е.С. Федосеева; С.А. Карпова; Н.С. Алпатова. - Саратов : Вузовское образование, 2018. - 309 с. - ISBN 978-5-4487-0116-0. URL: <http://www.iprbookshop.ru/71733.html>.

3. Асанов, А. Ю. Основы генетики и наследственные нарушения развития у детей : учеб. пособие для студентов вузов / А. Ю. Асанов, Н. С. Демикова, С. А. Морозов. - М. : Академия, 2003. - 224 с. - (Высшее образование). - ISBN 5-7695-0966-X.

4. Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании ребенка с особенностями эмоционального развития // Альманах Института коррекционной педагогики РАО, 2000. Вып. 2.

5. Баенская, Е. Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития : метод. пособие для педагогов, психологов, врачей / Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг . - М. : Экзамен, 2004. - 128 с. - (Ранняя помощь). - Гриф МО. - ISBN 5-94692-885-6.

6. Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. Младший дошкольный возраст [Электронный ресурс]: URL: http://pedlib.ru/Books/6/0129/6_0129-26.shtml

7. Баенская, Е.Р. Признаки эмоциональных нарушений в раннем возрасте // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2007. № 4. С.64-70.

8. Баенская, Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т.15. № 2. С.32-37.

9. Башина, В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999.

10. Башина, В.М., Симашкова, Н.В. Подходы к проблеме обучения детей с ранним аутизмом [Электронный ресурс]: URL: <https://www.twirpx.com/file/498217/>

11. Белопольская, Н.Л. Детская патопсихология [Электронный ресурс] : хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. - Детская патопсихология ; 2019-09-03. - Москва : Когито-Центр, 2010. - 351 с. - ISBN 978-5-89353-309-5. URL:<http://www.iprbookshop.ru/15245.html>, Включающее образование. Как