The background features a light purple-to-blue gradient. Scattered across the surface are numerous water droplets of various sizes, some with soft shadows, giving a sense of depth. In the center, a faint, light-colored globe is visible, partially obscured by the text.

«ОСНОВЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА»

ЗАНЯТИЕ 1

ПЛАН КУРСА

- **8 апреля (пятница)** – Исторические аспекты изучения РАС, Современные представления о РАС в медицине, Диагностическое обследование: этапы диагностики шкалы, методы исследования
- **11 апреля (понедельник)** – Технологии помощи детям с РАС
- **15 апреля (пятница)** – Технологии помощи детям с РАС
- **18 апреля (понедельник)** – Особенности работы с семьей, воспитывающей ребенка с РАС

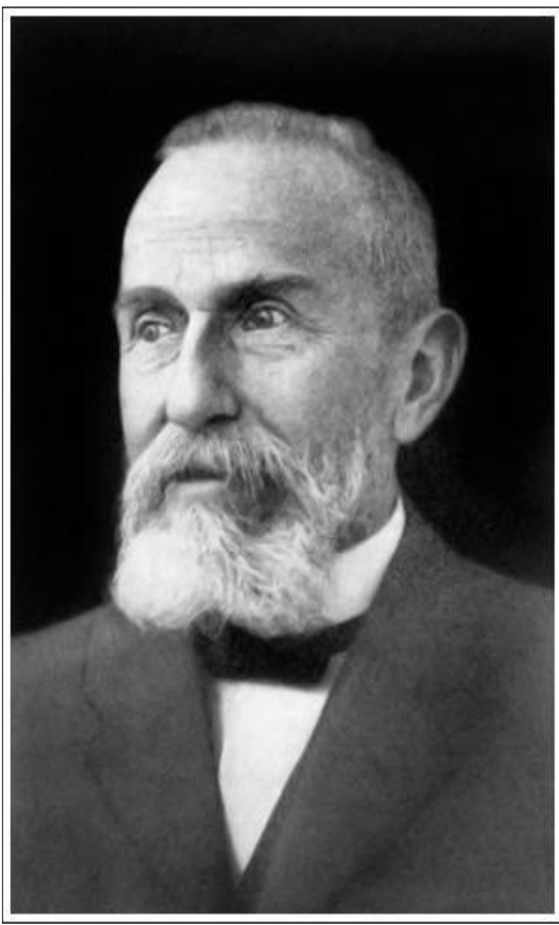
РАСПИСАНИЕ ДНЯ

- 9:00-10:00 – Основные понятия и исторические аспекты изучения РАС.
Современные представления о РАС в медицине
- 10:00-10:10 – ПЕРЕРЫВ
- 10:10-11:10 - Современные представления о РАС в медицине
- 11:10-11:30 – ПЕРЕРЫВ
- 11:30-12:30 - Диагностическое обследование
- 12:30-13:00 ОБЕД
- 13:00-14:00 - Диагностическое обследование

ТРИАДА НАРУШЕНИЙ ПРИ РДА



ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ АУТИЗМА



ТЕРМИН «АУТИЗМ» (ОТ ГРЕЧЕСКОГО «AUTOS» – САМ) БЫЛ ВВЕДЕН ШВЕЙЦАРСКИМ ПСИХИАТРОМ, ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ УЧЕНИЯ О ШИЗОФРЕНИИ **ЭЙГЕНОМ БЛЕЙЛЕРОМ** В НАЧАЛЕ XX ВЕКА.

ОН ПОНИМАЛ ПОД АУТИЗМОМ ОТГОРОЖЕННОСТЬ ОТ МИРА, УХОД В СЕБЯ.



ОСНОВОПОЛОЖНИК УЧЕНИЯ О РДА - АМЕРИКАНСКИЙ ПСИХИАТР **ЛЕО КАННЕР** (1943 Г.).

ОН ВЫДЕЛИЛ АУТИЗМ КАК ОТДЕЛЬНУЮ ПРОБЛЕМУ, КАК РАССТРОЙСТВО АФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ, ПОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ УЖЕ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И ОПИСАЛ ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.

РДА ТАКЖЕ НАЗЫВАЮ СИНДРОМ КАННЕРА.

СИНДРОМ КАННЕРА

В статье «Аутистические нарушения аффективного контакта» им отмечен «крайний аутизм» у детей, обсессии (навязчивости), эхолалия (повторение слов за другими) и стереотипии (многократное повторение одних и тех же действий) клиническая картина во многом отличается от детского типа шизофрении. Обследуемые им дети не могли поддерживать обычные аффективные контакты с другими людьми, что являлось основной проблемой

ГРУНЯ ЕФИМОВНА СУХАРЕВА

СОВЕТСКИЙ ПСИХИАТР, ОСНОВОПОЛОЖНИК ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ В СССР. ИЗВЕСТНА ПЕРВЫМ В НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ ОПИСАНИЕМ СИМПТОМОВ ДЕТСКОГО АУТИЗМА (1925, ЗА 20 ЛЕТ ДО ОПИСАНИЯ КАННЕРОМ И АСПЕРГЕРОМ)



ВАРИАНТЫ СИНДРОМА РДА ТАКЖЕ БЫЛИ ОПИСАНЫ НЕЗАВИСИМО ДРУГ ОТ ДРУГА
АВСТРИЙЦЕМ **ГАНСОМ АСПЕРГЕРОМ** (1944 г.) (АУТИСТИЧЕСКИЕ ПСИХОПАТЫ В
ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ) И В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ **САМУИЛОМ**
СЕМЕНОВИЧЕМ МНУХИНЫМ (1947 г.) - ГОВОРИЛ ОБ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЕ
РАССТРОЙСТВА



СИНДРОМ АСПЕРГЕРА

общее (первазивное) нарушение психического развития, характеризующееся серьезными трудностями в социальном взаимодействии, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся репертуаром интересов и занятий. От детского аутизма (синдрома Каннера) он отличается прежде всего тем, что речевые и когнитивные способности в целом сохраняются. Синдром часто характеризуется также выраженной неуклюжестью.

- В МКБ-10 синонимом синдрома Аспергера также выступает термин «шизоидное расстройство детского возраста»
- В ДСМ 5 и МКБ-11 синдром убрали, как и Каннера. Заменен на РАС.

Невротический
уровень
функционирования



Пограничный
уровень
функционирования



Психотический
уровень
функционирования

Синдром
Аспергера



Синдром
Каннера

Шизотипическое
расстройство
личности



Шизофрения

Наиболее существенные различия:

| | Синдром Аспергера | Синдром Каннера |
|-------------------------------------|---|---|
| уровень интеллекта | нормальный или выше среднего | невысокий или интеллектуальная недостаточность |
| развитие речи | опережающее (начинает говорить до появления самостоятельной ходьбы) | часто отставание |
| гендерные отличия | встречается почти исключительно только у мальчиков | может наблюдаться (хотя и реже) и у девочек |
| отношение к близким | нередко относится как к помехе | может вообще не замечать |
| прогноз (в типичных случаях) | более благоприятен, рассматривается как особый вариант начального этапа формирования аутистической (шизоидной) психопатии | чаще наблюдается переход в пограничную интеллектуальную недостаточность или атипичную форму умственной отсталости |



В 1978 году психиатр и дефектолог **Клара Самойловна Лебединская** создает при НИИ Дефектологии первую в нашей стране группу специалистов, осуществляющую комплексную психолого-медико-педагогическую помощь детям с РДА. Под ее руководством начинаются научные разработки проблемы изучения и оказания помощи детям с РДА, создается оригинальная концепция понимания закономерностей этой особой линии развития, подходы к ее коррекции.



Лебединский, Виктор Васильевич, Советский и российский психолог. Более 30 лет посвятил изучению психопатологии детского возраста, основал психологию аномального развития — направление, находящееся на стыке психологии, дефектологии, детской психиатрии, детской неврологии, этологии, психоанализа, создал оригинальную классификацию нарушений психического развития.



В 1980 г. в Москве при ИКП РАО открыта лаборатория **Ольгой Сергеевной Никольской** (которая функционирует под ее руководством до сих пор), где впервые применена педагогическая коррекция аутизма, разработана классификация РДА. В настоящее время лаборатория является одной из ведущих отечественных научно-исследовательских организаций, изучающих и разрабатывающих проблемы психолого-педагогического выявления и сопровождения детей с РДА.

АУТИЗМ ЭТО

- Это форма искаженного психического развития, при котором наблюдается сложное сочетание общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных функций, приводящее к ряду качественно новых патологических образований (Лебединский)
- это нарушение, вызванное сочетанием двух условий: нарушение активного взаимодействия со средой и снижение порогов аффективного и сенсорного комфорта (особая сенсорная ранимость по отношению к звуку, свету, запахам, прикосновениям), приводящие к длительной фиксации неприятных впечатлений, к страхам, запретам, ограничениям в контактах с миром (О.С. Никольская, К.С. Лебединская)

АТИПИЧНЫЙ АУТИЗМ

- НЕ ХВАТАЕТ ПОЛНОГО НАБОРА ПРИЗНАКОВ, КОТОРЫЙ ТРЕБУЮТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КАННЕРСКОГО ИЛИ АСПЕРГЕРСКОГО ТИПОВ АУТИЗМА
- СХОЖИЕ СИМПТОМЫ, РАЗНЫЕ МЕХАНИЗМЫ
- ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ (СНИЖАЮТ УРОВЕНЬ ДОФАМИНА, КАК И ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ДОЛЖНО БЫТЬ ДОФАМИНОВАЯ ГИПЕРАКТИВАЦИЯ ЛОБНЫХ ОТДЕЛОВ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ВОЗБУЖДЕНИИ ДИЭНЦЕФАЛЬНЫХ СТРУКТУР)

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ РАС

- Специфической терапии аутистических расстройств не существует и поэтому терапия носит преимущественно симптоматический характер.
- Цель— воздействие на психопатологические симптомы и связанные с ними нарушения поведения, а также соматоневрологические проявления заболевания, стимуляция развития функциональных систем.

При выраженной агрессивности, самоповреждающем поведении, гиперактивности, стереотипиях и расстройствах настроения. В этих случаях используются нейрорептики, транквилизаторы, антидепрессанты и седативные препараты, иногда депакин. Нейропротекторы – церебролизин.

МКБ-10**Общие расстройства психологического развития (F84)**

F84.0 Детский аутизм (обусловленный органическим заболеванием головного мозга и вследствие других причин)

F84.1 Атипичный аутизм (с умственной отсталостью и без умственной отсталости)

F84.2 Синдром Ретта

F84.3 Другие дезинтегративные расстройства детского возраста

(дезинтегративный психоз или синдром Геллера)

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

F84.5 Синдром Аспергера

F84.8 Другие общие расстройства развития

F84.9 Общее расстройство развития, неуточнённое.

ДСМ-5

- аутистическое расстройство;
- синдром Аспергера;
- детское дезинтегративное расстройство;
- первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений

МКБ-11**появилась диагностическая единица «расстройство аутистического спектра» (код 6A02)**

6A02.0 РАС без расстройства интеллектуального развития и без нарушений функционального языка, либо с мягким нарушением.

6A02.1 тоже с расстройством интеллектуального развития

6A02.2 РАС без расстройства интеллектуального развития и с нарушением функционального языка.

6A02.3 тоже с расстройством интеллектуального развития.

6A02.4 РАС без расстройства интеллектуального развития и с отсутствием функционального языка.

6A02.5 тоже с расстройством интеллектуального развития

6A02.Y Другое уточнённое расстройство аутистического спектра.

6A02.Z Расстройство аутистического спектра, неуточнённое.

МКБ -11

- 1. ЕСТЬ РАССТРОЙСТВО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ИЛИ НЕТ
- 2. - БЕЗ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЯЗЫКА, ЛИБО С МЯГКИМ НАРУШЕНИЕМ.
 - - С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЯЗЫКА.
 - - С ОТСУТСТВИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЯЗЫКА.
- Ф.Я. - РЕЧЬ В КАЧЕСТВЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ВЫРАЖЕНИЯ ЛИЧНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИЛИ ЖЕЛАНИЙ

МКБ -11

- **Исключено** расстройство развития речи (6A01.3) и шизофрения или другие первичные психотические расстройства (6A10-6A2Z)
- Расстройство аутистического спектра характеризуется постоянным дефицитом в способности инициировать и поддерживать взаимное **социальное взаимодействие** и социальную коммуникацию, а также рядом ограниченных, **повторяющихся и негибких схем поведения и интересов**. Расстройство имеет место в течение периода развития, как правило, в раннем детстве, но симптомы могут полностью не проявляться до тех пор, пока социальные требования не превысят ограниченные возможности. Дефициты достаточно серьёзны, чтобы вызывать нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования и, как правило, носят **всеобъемлющий** характер и наблюдаются во всех сферах функционирования индивида, хотя могут варьироваться в зависимости от социального, образовательного или другого контекста. Люди в спектре демонстрируют полный диапазон интеллектуального функционирования и языковых способностей.

ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ И НИЗКОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АУТИЗМ

- **ЭТО НЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ. ЭТО ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ.**
- ПРИ ВФА ОТСУТСТВУЮТ НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА (IQ БОЛЬШЕ 70)
- **ТРИ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯ ОСТАЮТСЯ:**
- **1. НАРУШЕНИЕ КОММУНИКАЦИИ, 2. НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ, 3. НАЛИЧИЕ СТЕРЕОТИПНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ИНТЕРЕСОВ.**
- ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ ЛЮДЕЙ С РАС ОТ 40% ДО 60%.
- ТАКЖЕ ВФА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ НФА В АСПЕКТЕ ПРОГНОЗА И ПОТРЕБНОСТИ В ПОМОЩИ В ЕЖЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ

КОМОРБИДНОСТЬ РАС

- это наличие одного или нескольких дополнительных заболеваний или нарушений, которые совпадают с основным заболеванием. Коморбидное состояние - это диагноз 2-го порядка, который имеет основные симптомы, отличные от основного расстройства.
- Мы не всегда понимаем генез тех или иных симптомов: помимо РАС, тряска головой может быть вызвана головной болью или болью при расстройстве, а также неспособностью передать эти симптомы. Если ребенок часто ерзает, у него могут быть жалобы, связанные с запором. Агрессивное и самоповреждающее поведение также может быть связано с наличием боли и неспособностью ребенка сообщить о своем состоянии. Отказ от еды может отражать наличие пищевой аллергии или непереносимости или быть вызван наличием проблем с зубами

КОМОРБИДНОСТЬ РАС

- **Генетические нарушения** - синдром Дауна, синдром ломкой X-хромосомы.
- **Аллергические и иммунологические нарушения** - пациенты с аутизмом в 1,6 раза чаще болеют экземой или кожной аллергией, в 1,8 раза чаще болеют астмой и пищевой аллергией, в 2,1 раза чаще болеют ушными инфекциями.
- **Неврологические нарушения** - эпилепсия (при РАС с УО эпилепсия в 21,4%, РАС без УО в 8% случаев), макроцефалия, гидроцефалия, церебральный паралич, головные боли (в 2,2 раза чаще чем у детей без аутизма), нарушения сна (у 80%). А также тревожное расстройство, ОКР, СДВГ, аффективные расстройства.
- **Желудочно-кишечные нарушения** - от 46% до 84%, в 7 раз чаще; колит и диарея в 3,5 раз чаще. Другие проблемы: хронический запор, гастроэзофагеальный рефлюкс, тошнота, рвота, метеоризм, хроническое вздутие живота, дискомфорт в животе, язвы, воспалительное заболевание кишечника, пищевая непереносимость.
- **Сенсорные нарушения:** нарушения зрения 1/5; нарушения слуха -1/4;

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ

5 НА 10 000 ДЕТЕЙ (ДЕТСКИЙ АУТИЗМ) ИЛИ НЕ БОЛЕЕ ЧЕМ 0,1% ОТ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ;

15-25 НА 10 000 ДЕТЕЙ – РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА;
У МАЛЬЧИКОВ ВСТРЕЧАЕТСЯ В 3-4 РАЗА ЧАЩЕ, ЧЕМ У ДЕВОЧЕК.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АУТИЗМЕ:

60% СЛУЧАЕВ НАБЛЮДАЕТСЯ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ,

20% - ЗПР,

20% - ПОКАЗАТЕЛИ РАЗВИТИЯ ИНТЕЛЛЕКТА В ДИАПАЗОНЕ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЫ.

Как обычно представляют спектр аутизма:



^
"менее аутичный"

^
"более аутичный"

Как он выглядит на самом деле:



«объем» аутизма может быть одинаковым,
но симптомы будут разными

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Психогенное
происхождение

Эмоциональная
холодность
матери

Биогенетическое
происхождение

. 1. «Генетический фактор»
(наследственная предрасположенность).
Примерно 1 из 20 родных братьев и сестер
имеют диагноз РДА. Около половины
детей с РДА имеют близких родственников
с таким же синдромом или похожим
типом личностных проблем.

2. Органическое поражение ЦНС.
У детей с РДА признаки мозговой
дисфункции отмечаются чаще обычного,
наряду с этим у них нередко проявляются
и нарушения биохимического обмена

Эпигенетическое
происхождение

изменение пищевого рациона,
- неконтролируемое количество
антибиотиков, гормонов и
пестицидов,
ведущее к нарушению
микробиома,
- неудачный график
профилактических прививок,
- соматические заболевания любой
этиологии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА: РДА И ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ ПО В.Е.КАГАН

| Ранний детский аутизм | Шизофрения в детском возрасте |
|--|---|
| Отсутствие бреда и галлюцинаций у детей с РДА (даже в юношеском возрасте). Или редко | Наличие бреда и галлюцинаций |
| Детский аутизм достоверно преобладает у мальчиков | При шизофрении распределение по полу равномерно |
| В семьях аутистов редки случаи заболевания родственников шизофренией | У детей, страдающих шизофренией, шизофрения диагностируется в родителей в 10 раз чаще, чем у детей с аутизмом |
| Более высокий социальный статус родителей | Более низкий социальный статус родителей |
| Ремиссии и рецидивы отсутствуют | Имеют место ремиссии и рецидивы |
| В анамнезе чаще пренатальные осложнения | Доминируют наследственные факторы |
| Период нормального развития ребенка отсутствует | Ребенок развивался нормально и затем заболел |
| Задержка в развитии социальных отношений | Активный уход от реальности |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА: РДА И ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ ПО НИКОЛЬСКОЙ

| Ранний детский аутизм | Шизофрения в детском возрасте |
|--|--|
| проявления заметны вскоре после рождения | хотя бы короткий промежуток времени — нормальное психическое развитие |
| Дефект не нарастает | признаки прогрессивности (прогрессирования заболевания) в виде нарастания психического дефекта: углубление вялости, аспонтанность, распад речи, регресс поведения с утратой приобретенных навыков. |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА: АУТИЗМ (РАС) И СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ

| Сенсорные нарушения (тугоухость, в том числе кохлеарно имплантированные дети, ретинопатия новорожденных, ДЦП) | РАС |
|---|---|
| Общее: аутистическое поведение из-за непонимания происходящего. Сенсорная дезинтеграция (сенсорная чувствительность). Поведенческие проблемы (именно речь используется для саморегуляции) | |
| Готовы выполнить инструкцию взрослого, если она дана в понятной им форме. | Выполнение инструкции взрослого неинтересно, сложно заставить |
| Даже безречевые быстро формируют речь (хотя бы импрессивную) при опоре на побочные виды чувствительности). Экспрессивная речь может иметь грамматические особенности при ДЦП и глухоте – из-за нарушения пространственных представлений | Нет мотивации к формированию речи |
| Сенсорная интеграция не формируется адекватно при искажениях хотя бы одного вида чувствительности. Но сенсорная патология неврологически понятно организована. Все жалобы касаются дисбаланса сенсорной чувствительности. Очерченный круг ситуаций вызывает нарушение поведения (например, только купание). | Нарушение поведения Всегда и в всем. |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА: АУТИЗМ (РАС) И УО

| УО (или НФА без психотических эпизодов) | РДА |
|---|--|
| Нарушение поведения Всегда и в всем. Сенсорный дефицит – в четко очерченном наборе событий | Нарушение поведения Всегда и в всем. Сенсорный дефицит – в четко очерченном наборе событий |
| В социальном контакте, улыбаются (не говорят не потому что не хотят, просто не могут) | Речь растормаживается довольно быстро, но своеобразная по лексической и грамматической структуре. (нарушения образа Я, нарушения предикативной функции и последовательности высказывания) |
| Моторика может быть валкой, сидит пошатываясь как пьяный | Раскачивания как аутостимуляции отличаются от пошатывания |
| Надо заставлять, формировать связи | Психотические эпизоды Проактивная мотивация в узких интересах, неугасимое сопротивление, заставление бесполезно |

ПИЩЕВАЯ ИЗБИРАТЕЛЬНОСТЬ

| Неврологические функциональные сдвиги | РДА |
|---|--|
| <p>Может быть в том числе связаны с крайностями воспитания («насилие» в еде или полностью на поводу у ребенка в еде) – причина неадекватная ситуация обучения</p> <p>Удовлетворится любыми макаронами по флотски.</p> <p>Если повреждена ЦНС - избирательность по кругу продуктов (все где есть крахмал, например, хот макароны, хоть булка</p> | <p>Очень маленький круг продуктов или блюд, с точностью до торговой марки и используемых ингредиентов (бредовая причина)</p> |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА: АУТИЗМ (РАС) И СДВГ

| СДВГ | РАС |
|---|--|
| Более половины схожих симптомов (а лечение нейролептиками или лекарствами амфетаминового ряда). Поверхностный или нарушенный контакт, снижение психического тонуса (Рас – общего, СДВГ – избирательного), невнимание к чужим границам, сравнительно сохранный операции познавательных процессов при нарушенной регуляции, расторможенные вспышкообразные эмоции | |
| Перескакивают | Эмоции крутятся вокруг одного предмета |
| Общаются со всеми, но ни с кем близко | 1-2 приятеля или ни с кем не общаются |
| Социальная среда стабилизирует за счет внешней регуляции | Социальная среда активно мешает |

СКРИНИНГОВЫЕ МЕТОДИКИ ДЛЯ МАЛЫШЕЙ 18-30 МЕСЯЦЕВ

- CHAT CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АУТИЗМА У МАЛЫШЕЙ. BARON-COHEN S., ALLEN J. И GILLBERG C.. СОСТОИТ ИЗ 14 ВОПРОСОВ, НА 9 ОТВЕЧАЮТ РОДИТЕЛИ, НА 5 КЛИНИЦИСТ. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ 0,38. СПЕЦИФИЧНОСТЬ 0.98. ВРЕМЯ ЗАПОЛНЕНИЯ 10 МИНУТ
- M-CHAT MODIFIED-CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS. (ROBINS DL, FEIN D, BARTON ML, GREEN JA.). СОСТОИТ ИЗ 23 ВОПРОСОВ, НА ВСЕ ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЮТ РОДИТЕЛИ. ВОЗРАСТ РЕБЕНКА 18 -30 МЕСЯЦЕВ. ВРЕМЯ ЗАПОЛНЕНИЯ 10 МИНУТ. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ 0,87. СПЕЦИФИЧНОСТЬ 0.99. ЭТОТ ОПРОСНИК ЕСТЬ НА САЙТЕ ФОНДА «ВЫХОД» В СВОБОДНОМ ДОСТУПЕ.
- [HTTPS://TEST.AUTISM.HELP/](https://test.autism.help/)

M-CHAT

- Если вы указываете пальцем на что-то в другом конце комнаты, ваш ребенок на это смотрит?
- Вы когда-нибудь предполагали, что ваш ребенок может быть глухим?
- Ваш ребенок играет в воображаемые или сюжетно-ролевые игры?
- Ребенку нравится забираться на различные предметы?
- Ваш ребенок делает необычные движения пальцами перед глазами?
- Ребенок указывает пальцем, чтобы что-то попросить или получить помощь?
- Ребенок интересуется другими детьми?
- Ребенок приносит предметы и поднимает их, чтобы показать вам?
- Ребенок отзывается на свое имя?
- Когда вы улыбаетесь ребенку, он или она улыбается в ответ?
- Ребенка расстраивают обычные звуки?
- Ребенок ходит?
- Ребенок смотрит вам в глаза, когда вы говорите с ним, играете или одеваете?
- Ребенок пытается копировать то, что вы делаете?
- Если вы обернетесь и посмотрите на что-нибудь, ваш ребенок обернется, чтобы увидеть, на что вы смотрите?
- Ребенок старается сделать так, чтобы вы посмотрели на него?
- Ребенок понимает то, что вы говорите ему или ей?
- Когда случается что-то необычное, ребенок смотрит на ваше лицо, чтобы понять, как вы к этому относитесь?
- Вашему ребенку нравятся подвижные занятия?

СКРИНИНГОВЫЕ МЕТОДИКИ 36-82 МЕСЯЦА

- SCQ. SOCIAL COMMUNICATION QUESTIONNAIRE (BERUMENT SK, RUTTER M, LORD C, ET AL. AUTISM SCREENING QUESTIONNAIRE: DIAGNOSTIC VALIDITY. BR J PSYCHIATRY J MENT SCI.
- • СОЦИАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНЫЙ ОПРОСНИК. СОСТОИТ ИЗ 40 ВОПРОСОВ, НА ВСЕ ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЮТ РОДИТЕЛИ. ВРЕМЯ ЗАПОЛНЕНИЯ 10 МИНУТ. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ 0,74. СПЕЦИФИЧНОСТЬ 0.54.ЕСТЬ РУССКОЯЗЫЧНАЯ ВЕРСИЯ ОПРОСНИКА.

ОПРОСНИК ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ У РЕБЕНКА РДА.

- СМ ФАЙЛ .DOC

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

- ADOS-2 (AUTISM DIAGNOSTIC OBSERVATION SYSTEM)- СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ (ВРЕМЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ 45 МИН, ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ 1 ЧАС),
- ADI-R (AUTISM DIAGNOSTIC INTERVIEW –REVISED) СТАНДАРТИЗИРОВАННОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИНТЕРВЬЮ (2,5 ЧАСА).
- ЭТИ ДВЕ МЕТОДИКИ ЯВЛЯЮТСЯ ЗОЛОТЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СТАНДАРТОМ. СЕЙЧАС ОНИ ДОСТУПНЫ В РОССИИ

ПРОТОКОЛ ПОШАГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАС

- ШАГ 1. ВЫЯВЛЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ СКРИНИНГОВЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПОДОЗРЕНИЯ НА НАЛИЧИЕ РАС → ОБРАЩЕНИЕ К ПСИХИАТРУ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА И ОБСУЖДЕНИЯ ПЛАНА ПОМОЩИ РЕБЕНКУ.
- ШАГ 2. ВСЕСТОРОННЕЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ. ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ ИЗМЕНЕНИЯ ПО ОРГАНИЧЕСКОМУ ТИПУ, ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ. ИССЛЕДОВАНИЕ ВП ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЕНСОРНЫХ СИСТЕМ
- ШАГ 3. ИСКЛЮЧЕНИЕ СИНДРОМА МАРТИНА- БЕЛЛ (СИНДРОМ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ, СЦЕПЛЕННОЙ С ЛОМКОЙ ХРОМОСОМОЙ X).
- ШАГ 4. ИСКЛЮЧЕНИЕ ДРУГИХ ИЗВЕСТНЫХ ФОРМ СИНДРОМАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ГЕНЕТИКОМ. РЕТТА, АНГЛЕЛЬМАНА
- ШАГ 5. ВЫЯВЛЕНИЕ НЕИЗВЕСТНЫХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ - МОЛЕКУЛЯРНОЕ КАРИОТИПИРОВАНИЕ НА МИКРОЧИПАХ
- ШАГ 6. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ПРИ АУТИЗМЕ ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МАРШРУТА. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСОРНОГО ПРОФИЛЯ (ИЗМЕНЕН У 80-90%). ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОГО ПРОФИЛЯ (БОЛЕЕ 50% ЛИЦ С РАС ИМЕЮТ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ). ОЦЕНКА АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ. ОЦЕНКА ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

ДИАГНОСТИКА ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ РАС

- Детский тест Векслера (общий, вербальный, невербальный интеллект, с 6 до 16 лет, 1.5 часа)
- Батарея тестов Кауфманов КАВС – II (Невербальный интеллект – речь не нужна, Слухоречевая память, Экспрессивный словарь, Зрительное восприятие; 3-18 лет 11 мес, 1.5 часа)
- Методика LEITER-3 (невербальный интеллект, внимание, память, 3-75 лет)

ДИАГНОСТИКА ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ РАС

| Тест / параметры | WISC-III | КАВС-II | Leiter-3 |
|------------------------------|---|---|---|
| Доступность для людей с РАС | Невербальные шкалы не требуют владения речью, однако требуется понимание инструкции | Невербальная часть не требует владения речью Вербальные инструкции и ответы минимизированы | Формат удобен для людей с РАС Не требует владения речью |
| Доступность на русском языке | Переведен и адаптирован | Нет (невербальная часть не требует адаптации — культурная специфика минимизирована) | Нет (есть адаптация для украинского языка) Знание языка для испытуемого не обязательно |

СОДЕРЖАНИЕ ШКАЛ И СУБШКАЛ ВАЙНЛЕНД.

| Шкалы | Субшкалы | Содержание |
|-------------------------------|------------------------------|--|
| Коммуникация | Рецептивные навыки | Умение слушать, понимать услышанное и выполнять инструкцию |
| | Экспрессивные | Вербальные и невербальные навыки устной коммуникации |
| | Письменные | Навыки чтения и письма |
| Повседневные житейские навыки | Личные навыки | Навыки самообслуживания и личной гигиены. Забота о собственном здоровье |
| | Домашние | Помощь по ведению домашнего хозяйства (приготовление еды, уборка, уход за одеждой) |
| | Общественные | Пространственно-временная ориентировка. Навыки поведения в местах общественного питания, на работе, улице, в том числе с точки зрения личной безопасности. Умение пользоваться телефоном, обращение с деньгами |
| Социализация | Межличностное взаимодействие | Распознавание и выражение эмоций. Подражание. Навыки установления контакта в социально приемлемых формах. Дружба. Позитивное восприятие окружающих. Принадлежность и общение в социальных группах |
| | Игра, времяпрепровождение | Игра, телевизор и радио, хобби. Совместное с другими времяпрепровождение. Умение делиться и сотрудничать с другими |
| | Навыки сотрудничества | Следование общественным правилам и нормам, в том числе соблюдение этикета. Проявление ответственности перед другими, умение контролировать собственное поведение. Умение хранить секреты |
| Моторные навыки | Крупная моторика | Координация, движения тела и отдельных его частей (головы, туловища, конечностей). Сидение, ходьба и бег, игровая активность |
| | Мелкая моторика | Манипуляции с предметами, графическая и конструктивная деятельность |

ОЦЕНКА АДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВАЙНЛЕНД. ПРИМЕРЫ НАВЫКОВ

| Коммуникация | Повседневные житейские навыки | Социализация |
|---|---|--|
| <p>Поворачивает глаза и голову в сторону звука. Жестикулирует, соответствующим образом, обозначая «да», «нет», «я хочу».</p> <p>Пользуется фразами, содержащими существительное и глагол или 2 существительных.</p> <p>Умеет писать свое имя и фамилию.</p> | <p>Ест вилкой.</p> <p>По просьбе выполняет несложные поручения по дому.</p> <p>Полностью самостоятельно одевается, кроме завязывания шнурков.</p> <p>Перед переходом улицы смотрит в обе стороны.</p> <p>Принимает ванну или душ без помощи</p> | <p>Проявляет интерес к детям или сверстникам помимо своих сестер и братьев.</p> <p>Проявляет желание вызвать удовольствие ухаживающего за ним лица.</p> <p>Замечает в самом себе и называет чувства радости, печали, страха и гнева.</p> <p>Имеет друга любого пола, которого предпочитает другим.</p> |

ОЦЕНКА ДЕЗАДАПТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ВАЙНЛЕНД. ПРИМЕРЫ

- 1 Сосет большой палец или др. пальцы
- 2 Является чрезмерно зависимым, сверхзависимым.
- 3 Сторонится людей.
- 4 Мочится в постель.
- 5 Демонстрирует пищевые расстройства / нарушения
- 6 Демонстрирует расстройства сна.
- 7 Кусает / грызет ногти
- 8 Избегает, пропускает, уклоняется от занятий в д/саду или школе
- 9 Проявляет повышенную тревожность (страхи)
- 10 Наличие тиков.
- 11 Неожиданно и без видимой причины может начать плакать или смеяться.
- 12 Избегает смотреть в глаза.
- 13 Выглядит крайне подавленным, несчастным.
- 14 Стучит / скрежещет зубами в течение дня или ночи

КЛАССИФИКАЦИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА ПО К.С. ЛЕБЕДИНСКОЙ, О.С. НИКОЛЬСКОЙ

1 группа – полная отрешенность от происходящего

Дети с наиболее глубокой патологией, которая проявляется в стремлении ребенка исключить любые точки соприкосновения с окружающим миром. Невозможно организовать ребенка: поймать взгляд, добиться ответной улыбки, услышать жалобу, просьбу, обратить его внимание на инструкцию, добиться выполнения поручения - полная отрешенность от происходящего вокруг. Очень тяжело переносят взгляд глаза в глаза и избегают различных телесных контактов.

Преобладает полевое поведение, при попытке удержать его может возникнуть крик, самоагрессия, которые прекращаются как только ребенка оставляют в покое.

Не говорят, не используют жесты, мимику, выразительные движения.

Эта группа имеет наихудший прогноз и нуждается в постоянном уходе.

2 группа – активное отвержение

Поведение более целенаправленное. Активность в контактах в первую очередь проявляется в развитии избирательных отношений с окружающим миром. Дети общаются с ограниченным кругом людей, проявляют повышенную избирательность в еде, одежде. Любое нарушение привычного ритма жизни ведёт к сильной аффективной реакции.

Наблюдается большое количество речевых и двигательных стереотипий, любая попытка изменения которых вызывает у ребенка ужас и вызывает защитные реакции в виде аутоагрессии (самоагрессии) или генерализованной агрессии (направленной на другого человека).

Свойственно испытывать чувство страха.

В речи преобладают речевые штампы, команды, эхолалии.

Способен к накоплению и усвоению знаний только в готовом виде, но не могут их использовать в жизни.

Несмотря на всю тяжесть различных проявлений эти дети гораздо более адаптированы для жизни, чем дети предыдущей группы.

3 группа – захваченность аутистическими интересами

Дети стараются укрыться от мира в своих интересах, их занятия проявляются в стереотипной форме и не носят познавательного характера.

Увлечения носят циклический характер: ребёнок может годами разговаривать на одну и ту же тему, рисовать или воспроизводить один и тот же сюжет в играх. Интересы зачастую носят мрачный, устрашающий, агрессивный характер. Отмечается экстремальная конфликтность, , проявляется в вербальной агрессии (изощёренные рассуждения о том, что он сделает со своими «врагами», оскорбления и т.д.)

Монологическая речь не направленная на собеседника. Речь подчеркнуто взрослая, с цитатами, использованием сложных фраз. В целом создает впечатление высокоинтеллектуального ребенка, своей речью, интересам к схемам, шифрам, графикам, сложным и необычным областям знаний. Но активное мышление направленное на освоение нового не развивается, в быту они крайне не приспособлены, не привлекаются к тем видам деятельности, в которых чувствуют себя не успешными.

4 группа - чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия с другими людьми

Наиболее легкий вариант проявления аутизма. Основная черта - повышенная ранимость, уязвимость при взаимодействии с окружающими. Избегание отношений, если ребёнок чувствует какую-либо преграду; чувствительность к чужой оценке. самая легкая форма.

Чувствительны к перемене обстановки, лучше себя чувствуют в стабильных условиях. Стараются буквально следовать известным им правилам, делать все в точности как его учили взрослые. Такие дети экстремально зависят от эмоциональной поддержки взрослого.

На первый план выступают невротоподобные расстройства, что проявляется в тормозимости, робости, пугливости при контактах.

Речь замедлена, бедна, аграмматична, не улавливает инструкции.

Дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе при адекватной психологической коррекции.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ РАС

| | |
|------------------------------|--|
| Ощущения и восприятие | <ul style="list-style-type: none">○ Неадекватность реакций на сенсорные стимулы: ориентируются на перцептивно яркие, а не на функциональные признаки предметов).○ Атавистические формы познания окружающего мира (облизывание, обнюхивание).○ Повышенная сенсорная чувствительность.○ Самый сильный и привлекательный раздражитель разнообразные предметы, а не лицо человека.○ Нарушение ориентировки в пространстве.○ Искажение целостной картины реального природного мира.○ Большее значение имеют тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. Снижена болевая чувствительность. |
| Внимание | <ul style="list-style-type: none">○ Недостаточность общего, психического тонуса.○ Низкий уровень активного внимания.○ Грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания. Внимание может быть как неустойчиво, так и чрезмерно устойчиво, то есть ригидно.○ Сильнейшая пресыщаемость.○ Устойчивость буквально в течение нескольких минут, секунд. Распределение внимания практически недоступно.○ Внимание ребенка к происходящему не выглядит как проявление «внимания»○ Есть трудности привлечения внимания, особенно если ребенок находится в «зоне» своих переживаний, сверхценных интересов.○ Привлечь внимание можно используя эти «зоны» интересов.○ Есть трудности «опроизволивания параметров внимания». |
| Память | <ul style="list-style-type: none">○ Хорошая механическая память: информация входит в сознание детей целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята.○ Запоминание часто механистично и привязано к конкретной ситуации, а не к смыслу (в т.ч. эмоциональному) происходящего. Смысловое запоминание страдает.○ Велика латентность при предъявлении уже запомненного материала○ Необходимость «включения» процесса запоминания с учетом интересов ребенка |

| | |
|--------------------|---|
| Мышление | <ul style="list-style-type: none">○ Трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости.○ Аутистическая направленность мышления.○ Выраженная диспропорция между уровнем вербального и невербального интеллекта, в пользу последнего.○ Словесно-логическое мышление может появляться без предварительного этапа наглядно-действенного и наглядно-образного мышления.○ Операциональная сторона мышления развита нормально. Мыслительные процессы, как правило, протекают быстро, трудно понять, как ребенок пришел к решению○ Возможность опираться в мышлении на как бы незначительные, несущественные детали и свойства объектов и явлений○ Нестандартность, определенного рода креативность мышления○ Часто наличие непоследовательности мышления, «зон» сверхценных интересов, своеобразных интеллектуальных увлечений |
| Воображение | <ul style="list-style-type: none">○ причудливо, имеет характер патологического фантазирования (переплетаются случайно услышанные сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события).○ Фантазии отличаются повышенной яркостью, образностью, агрессивностью. |
| Речь | <ul style="list-style-type: none">○ Задержка и нарушение речевого развития, а именно ее коммуникативной функции. Мутизм – отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации при сохранении возможности случайного произнесения отдельных слов и даже фраз.○ Имеется и хорошо развитая речь с большим словарным запасом, развернутой «взрослой» фразой, но она носит характер штампованности, «попугайности», «фотографичности».○ Не задает вопросов и может не отвечать на обращенную к нему речь. Избегание речевого взаимодействия, но наедине с собой обнаруживают богатую речевую продукцию.○ Характерны речевые эхолалии – стереотипное бессмысленное повторение услышанных слов, фраз, вопросов.○ Длительное отставание в использовании в речи личных местоимений.○ Необычный темп, ритм, мелодика речи ребенка.○ Недоразвитие внутренней речи. Лучше реагирует на тихую, шепотную речь. |

Эмоционально-волевая сфера и особенности личности

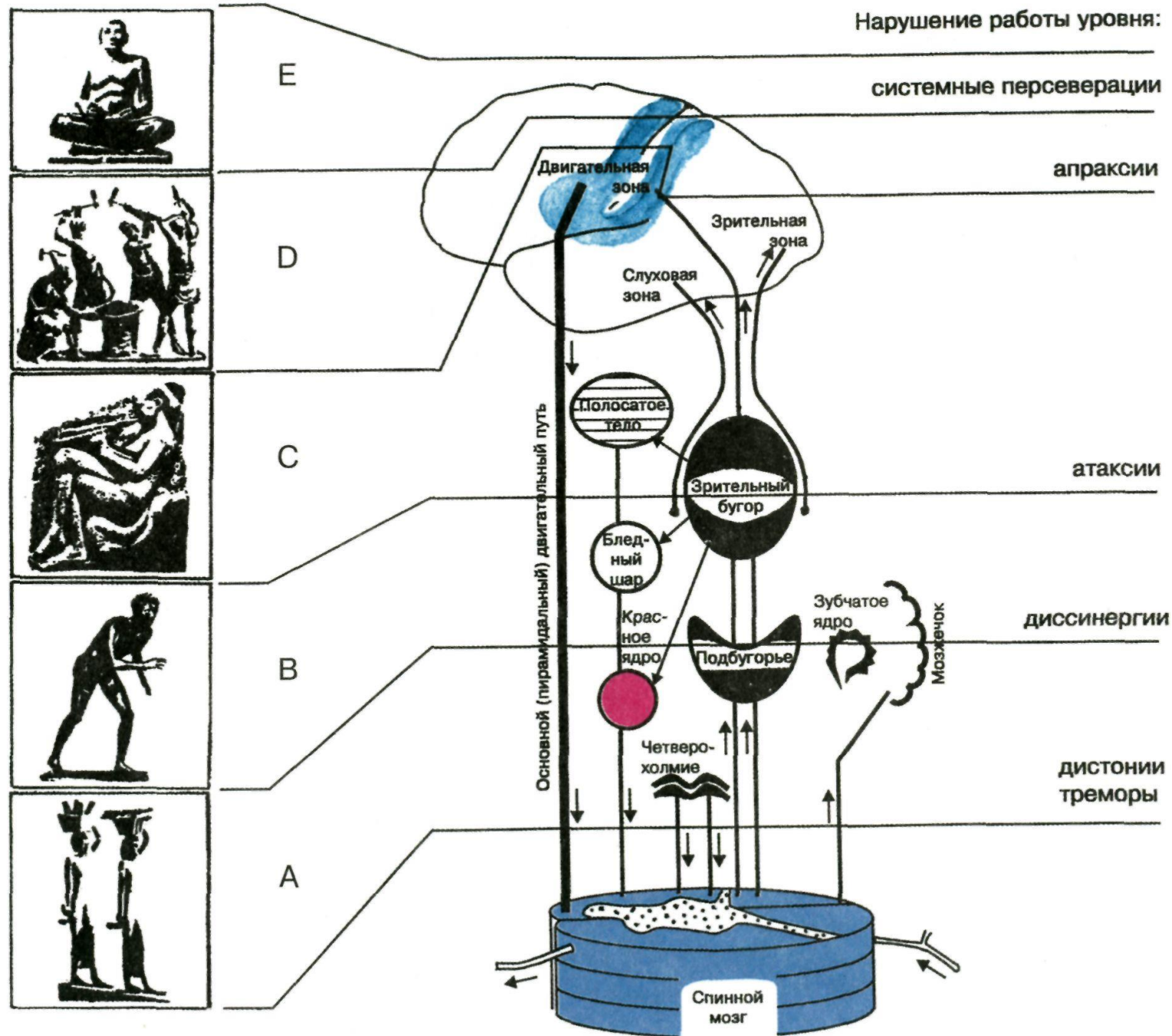
- Аутизм – это предельное «экстремальное» одиночество, снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию.
- Трудности установления глазного контакта, взаимодействия взглядом, мимикой, жестом, интонацией. Сложности в выражении своих эмоциональных состояний и понимании состояний других людей.
- Нарушается развитие отношений с близкими, с чужими людьми. Отсутствует тяга к сверстникам и детскому коллективу.
- Захваченность собственными стойкими интересами. Часто тематика интересов и фантазий имеет устрашающий, мистический характер.
- Поведенческие проблемы: самоизоляция, поведенческая стереотипность, страхи, агрессия и самоагрессия.
- Стереотипность поведения – напряженное стремление сохранить постоянные, привычные условия жизнедеятельности.
- Недостаточная способность к сопереживанию, заражаться настроением окружающих людей.
- Избирательность в еде, одежде, фиксированные маршруты прогулок, особые ритуалы.
- Повышенная конфликтность и ранимость. Слабость инстинкта самосохранения и аффективных механизмов защиты.

Деятельность

- Общая вялость и бездеятельность; повышенная активность.
- Поглощенность однообразными действиями: раскачивание, потряхивание и взмахивание руками, прыжки. Пристрастие к разнообразному манипулированию одним и тем же предметом: трясение, постукивание, верчение.
- Захваченность одной и той же темой разговора, рисования и т.п. и постоянное возвращение к ней.
- Придерживаются строгого распорядка и неизменяющихся ритуалов.
- Не владеют элементарными бытовыми навыками, но могут проявлять достаточный уровень психомоторного развития.
- Игры со сверстниками их не привлекают, игра производит впечатление механической. Игнорирование игрушки, насыщенность аутодиалогами, игры-фантазии.
- Школьная деятельность вызывает большие затруднения, отмечается пассивность и невнимательность на уроках. Учеба в школе не складывается в ведущую учебную деятельность.

УРОВНИ ПОСТРОЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ ПО БЕРНШТЕЙНУ

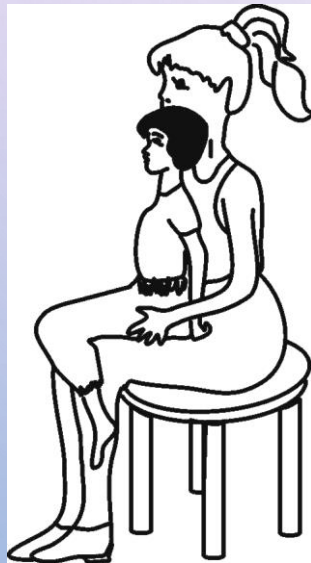
- **А – РУБРОСПИНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПАЛЕОКИНЕТИЧЕСКИХ РЕГУЛЯЦИЙ.** УРОВЕНЬ РЕГУЛЯЦИИ ТОНУСА ОРГАНИЗМА, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ЕГО НЕРВНОЙ И МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ. ОСАНКА
- **V – АВТОНОМНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА («БРЮШКО»)**
- **В – УРОВЕНЬ СИНЕРГИЙ И ШТАМПОВ ИЛИ ТАЛАМО-ПАЛЛИДАРНЫЙ УРОВЕНЬ** РУКОВОДИТ ВСЕМИ ОСНОВНЫМИ ДВИГАТЕЛЬНЫМИ АВТОМАТИЗМАМИ ТЕЛА В ЦЕЛОМ. СОГЛАСОВАННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ
- **С – ПИРАМИДНО-СТРИАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ПРОСТРАНСТВЕННОГО ПОЛЯ.** УРОВЕНЬ РЕАЛЬНОГО, «ЗДЕСЬ И СЕЙЧАС», ВОСПРИЯТИЯ ПРОСТРАНСТВА И ДЕЙСТВИЙ В НЕМ.
- **D – ТЕМЕННО-ПРЕМОТОРНЫЙ УРОВЕНЬ ДЕЙСТВИЙ.** УРОВЕНЬ ТОПОЛОГИЧЕСКОГО ВОСПРИЯТИЯ И ДЕЙСТВОВАНИЯ. ПРЕДМЕТНЫХ ДЕЙСТВИЙ
- **ГРУППА УРОВНЕЙ E - УРОВНИ, ЛЕЖАЩИЕ ВЫШЕ УРОВНЯ ДЕЙСТВИЙ.** УРОВНИ ИНТЕЛЛЕКТА. СИМВОЛИЧЕСКАЯ КООРДИНАЦИЯ (ПИСЬМО, РЕЧЬ)



- Первый уровень А** - уровень тонуса. Самый низкий из уровней. Он отвечает, что логично, за тонус мышц. Здесь очень легкие примеры: это НЕПРОИЗВОЛЬНОЕ дрожание тела от холода или от страха. Или стук зубов, при том же холоде. Мышцы на холоде пытаются себя согреть, и приводят себя в тонус сами. Это и есть уровень А. Одно и то же движение может совершаться на разных уровнях. Бернштейн приводит пример с круговым движением руки (рука как бы «рисует» круг).
Уровень А можно наблюдать, если движение совершается, например, при быстрой игре на фортепиано (повторение одной ноты или октавы с частотой 6-8 раз в секунду). Тогда рука музыканта двигается, описывая небольшие кружочки или овалы.
- Второй уровень В** - уровень синергии. Т.Е. Сотрудничества, соучастия. Этот уровень оторван от внешнего пространства, но зато очень хорошо “осведомлен” о том, что делается “в пространстве тела”. Уровень В принимает большое участие в организации движений “более высоких уровней, и там он берет на себя задачу внутренней координации сложных двигательных ансамблей. К собственным движениям этого уровня относятся такие, которые не требуют учета внешнего пространства: вольная гимнастика; потягивания, **мимика**. Так же, к примеру, этот уровень отвечает за бег на месте. А вот обычный, реальный бег в каком-либо пространстве уже требует более высоких уровней. Уровень В проявляется при описании круга в воздухе во время гимнастического упражнения.
- Третий уровень С** - это уровень пространственного поля. Т.Е. Пространства вокруг нас. На него поступают сигналы от зрения, слуха, осязания, т. Е. Вся информация о внешнем пространстве. К этому уровню можно отнести огромное количество различных движений, которые задействуют пространство вокруг нас: ходьба, лазанье, бег, прыжки, различные акробатические движения, игра в теннис, броски мяча и много другое. Уровень С проявляется, когда человек обводит уже нарисованный круг (С1) или срисовывает круг с образца (С2).
- Четвёртый уровень D** - это корковый уровень. Локализация его находится уже в коре головного мозга. Он практически монополюно принадлежит человеку. Это корковый уровень, который заведует организацией действий с предметами. Примерами могут служить движения жонглёра, фехтовальщика; все бытовые движения: шнуровка ботинок, завязывание галстука, чистка картошки; работа гравера, хирурга, часовщика; управление автомобилем и так далее. Уровень D можно видеть, когда человек делает круговое движение, например, распутывая узел.
- Характерная особенность движений этого уровня состоит в том, что они соотносятся с логикой предмета. Это уже скорее не просто движение, а действие. Для этого уровня совершенно безразличны узоры движения и прочие подробности, а важен лишь конечный результат. Например, открывание бутылки с пробкой. Вы можете использовать различные способы и предметы для получения результат, вы можете использовать различные способы, но результат будет один и тот же.
- Пятый уровень E** - самый высокий уровень. Это уровень смысла. Осмысленные движения. Например, письмо. Нам важно не просто уметь писать или писать красиво, но чтобы наше письмо имело смысл. Так же к этому уровню относится язык глухонемых или азбука-морзе. Уровень E проявляется, если человек изображает круг для чертежа при доказательстве теоремы.
- А теперь, возьмём к примеру тоже письмо и разберем его на уровни.
Уровень А - это тонус руки и пальцев.
Уровень В придает движениям письма плавную округлость, обеспечивая скоропись
уровень С организует воспроизведение геометрической формы букв, ровное расположение строк на бумаге. Т.Е. В в некотором пространстве
уровень D обеспечивает правильное владение ручкой, т.Е. С необходимым нам предметом
уровень E — смысловая сторона письма.

УРОВНИ ОБЩЕНИЯ. Е. МАКСИМОВА. УРОВЕНЬ А

- НА УРОВНЕ А: ДЕТИ ПРИЖИМАЮТСЯ К РОДИТЕЛЯМ, ФОРМИРУЕТСЯ ДОВЕРИЕ;
- ГЛУБОКАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ УРОВНЯ А СЧИТАЕТСЯ ОСНОВОЙ ВОСПРИЯТИЯ ЧЕЛОВЕКА СЕБЯ, ОСНОВОЙ Я-СОЗНАНИЯ. УРОВЕНЬ ЦЕЛОСТНОГО ТОНИЧЕСКОГО ПОДСТРАИВАНИЯ
- **УРОВЕНЬ А - НАРУШЕНИЯ ОБЩЕНИЯ, РАЗОБЩЕНИЕ**



УРОВЕНЬ А

- В позе «ребенок на руках» мы можем диагностировать не только ребенка, но и маму: у мамы может не сформироваться доверие к миру в раннем детстве или это доверие может быть заторможено какими-либо эмоциональными блоками в более позднем возрасте; и тогда мама не отвечает на телесные, тонические послы ребенка. Мы следим за тем, подстраивается ли тело мамы к телу ребенка или «уходит» от него, «уходит» расслабленно или напряженно. Мы следим за маминой щекой: если она повернута к ребенку, если ненароком или намеренно она касается головки ребенка или его щеки – мама доверяет себя ребенку и, возможно, и миру; если щека мамы «уходит» от головки ребенка или она намеренно отводит ее в сторону – то это говорит о каких-то серьезных проблемах мамы, которые будут мешать установлению доверия между мамой и ребенком в процессе коррекционной работы.
- На основании такой диагностики мы строим коррекционную работу с родителями.

УРОВЕНЬ А

- В норме ребенок у мамы на руках сидит, «развалившись как в кресле», вписываясь в изгибы тела мамы. Бедра ребенка плотно прилегают к бедрам мамы, спина ребенка повторяет изгибы маминого тела, щека ребенка повернута к лицу или щеке мамы. При движениях мамы щеки ненароком касаются друг друга (щека ребенка не отстраняется!). Мама изменила позу, ребенок повертелся на ее коленях, «вписался» вновь и расслабился. («Щека» и «бедро» – это показатели принятия общения на уровне В, но в случае нормы отдифференцировать их очень трудно.)
- Можно наблюдать разнообразные варианты нарушений тонических взаимоотношений ребенка и мамы. Например:
- Ребенок сидит на руках мамы «как столбик» – спина напряжена и отодвинута от тела мамы, голова оттянута от маминого лица: прикосновения не допускаются или допускаются только затылком (что уже хорошо).
- Полная вялая пассивность, голова ребенка может даже лежать на руке мамы, но отворачивается от тела, лица, щеки матери, «щека уходит» от мамы – это очень похоже на положение на руках уснувшего ребенка
- Ребенок, сидя на коленях, крутится, вроде бы вырывается из рук мамы, иногда бьет ее, царапается, кусается и т. п. (то есть демонстрирует нам движения более высоких уровней построения), но при этом он постоянно прикасается, прижимается к маме щекой или затылком; если его перестают удерживать (можно неожиданно развести руки), то ребенок или не уходит с рук, или вскочив с ваших коленей, все равно остается рядом, повернувшись к вам лицом или щекой – он хочет еще тесного общения. В случае действительного отказа от близкого общения, ребенок убежит от вас как можно дальше

УРОВНИ ОБЩЕНИЯ. Е. МАКСИМОВА.

- НА УРОВНЕ В – ВЗАИМОКОНТАКНОЕ ОБЩЕНИЕ
- НА УРОВНЕ С – ПРОСТРАНСТВЕННОЕ ПОЛЕ
- УРОВЕНЬ Д – ДЕЙСТВИЯ, ОБРАЗЫ, ПРАВИЛА, СХЕМЫ
- УРОВЕНЬ Е - ИНТЕЛЛЕКТ

УРОВНИ ПОСТРОЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ, ПРЕДЛОЖЕННЫЕ
Н.А.БЕРНШТЕЙНОМ, МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ, КАК УРОВНИ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ТЕЛА, УРОВНИ ПОСТРОЕНИЯ
ПСИХИКИ ЧЕЛОВЕКА.

«ПРОСТРАНСТВЕННАЯ» ТЕЛО, МЫ ВИДИМ, КАК ВТОРИЧНО МЕНЯЕТСЯ
ПСИХИКА РЕБЕНКА, В ТОМ ЧИСЛЕ – И РЕБЕНКА АУТИСТА.

НА ТЕОРИИ БЕРНШТЕЙНА ОСНОВАНЫ 2 СИСТЕМЫ КОРРЕКЦИИ ЧЕРЕЗ
ДВИЖЕНИЯ

«УРОВНИ ОБЩЕНИЯ» – МАКСИМОВА ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА

Т. Г. ГОРЯЧЕВА, Ю. В. НИКИТИНА. «РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО
СПЕКТРА У ДЕТЕЙ. МЕТОД СЕНСОМОТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ»

УРОВНИ РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ГРУПП СПЕЦИФИЧЕСКИХ АУТИСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ:

- 1) **сенсорный** уровень развития психики (генетически заложенный внутриутробно в первые 18 недель и отлаженный со 2 по 12 неделю постнатального развития), задачей которого является поддержание внутреннего гомеостаза.
- 2) **перцептивный** уровень развития психики (генетически сформированный уже к 21–23 неделям беременности и отлаженный к 5–6 месяцам постнатального развития), задачей которого является выработка оптимального набора штампов и автоматизмов.
- 3) уровень **телесно-пространственного** анализа (генетически сформированный к 24–25 неделям беременности, его отладка начинается к концу первого года жизни), задачей которого является целостное овладение как внутренним, так и внешним пространством.
- 4) **эмоционально-волевой** уровень развития психики (формируется после 3 лет жизни), задачей которого является развитие уже не вертикальных, а горизонтальных межполушарных связей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РАС, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ РАЗВИТИЯ. ПО ГОРЯЧЕВОЙ, НИКИТИНОЙ

| Уровни развития | Признаки дисбаланса в сенсорной и эмоционально-волевой системах | Сенсорная область | Моторная область | Когнитивные функции | Эмоциональная сфера | Отношения с человеком |
|-----------------|--|--|--|--|--|---|
| 1. | Тоническое и моторное возбуждение. Гиперактивность и ходьба на цыпочках. Атония, застывание в одной позе. Гипер- и гипосензитивность к ощущениям. Реакции ярости в ответ на попытки вступить в контакт. Постоянный поиск сенсорных ощущений. Аутистимуляции. Тревога и страхи относительно быстро движущихся объектов. Отсутствие инстинкта самосохранения | Восприятие (сенсорное) отдельных количественных характеристик среды. Отсутствует разделение по модальностям. Не разделяется граница между внутренним и внешним. Скользящий периферический взгляд. Функционирует только по двум сенсорным каналам (взгляд и звук) | Руброспинальный уровень (по Н.А. Бернштейну) — тоническая регуляция тела. Простая двигательная разрядка. Реакции избегания и приближения, в зависимости от интенсивности воздействия среды | Отсутствуют временная и пространственная структуры, либо пространство плоское (двумерное). Научение как привыкание. Речь в виде крика как двигательная разрядка. Графические способности отсутствуют | Деление на отрицательные и положительные эмоциональные реакции в зависимости от степени интенсивности воздействия среды. Не переносится фрустрация | Человек как часть среды (оценивается по параметрам интенсивности). Полностью зависит от организации пространства и своевременного удовлетворения потребностей матерью. Отсутствует разделенное внимание |

| Уровни развития | Признаки дисбаланса в сенсомоторной и эмоционально-волевой системах | Сенсорная область | Моторная область | Когнитивные функции | Эмоциональная сфера | Отношения с человеком |
|-----------------|---|---|--|--|--|---|
| 2. | <p>Сохраняются тонические и вегетативные нарушения предыдущего уровня. Постоянное «прилипание» к другому человеку со спины. Сохраняются явления сензитивности (но уже по отдельным модальностям). Стереотипии. Вертикальное расщепление образа тела (часто хлопает в ладоши, чтобы соединить стороны), игнорирование левой стороны пространства</p> | <p>Восприятие (перцептивное) реальности по отдельным качествам (модальностям). Возможно восприятие целостного объекта; характеристики центра и периферии. Воспринимает движение как ритм. Восприятие активное, изучающее. Может долго осматривать, ощупывать предметы</p> | <p>Таламопаллидарный уровень (по А.Н. Бернштейну). Вырабатывается произвольный ритмический компонент моторики (кружиться, прыгать). Непроизвольные двигательные реакции носят стереотипный характер. Появляется рисунок в виде каракулей</p> | <p>Внимание очень узкое по объему: либо распределяется по центру, либо рассеивается по периферии, одновременно только по одной модальности. Первое ощущение времени как аффективная память на цепочку событий. Пространство трехмерное. Собирает пазлы, доски Сегена. Речь как повторение, ритм (гуление, лепет)</p> | <p>Появляются аффективные стереотипы и предпочтения, оценка внешней среды относительно внутреннего состояния. Аффект начинает предвосхищать предполагаемые события. Появляется улыбка. Может переносить недолгую фрустрацию при условии положительного подкрепления. Радость приносят ритм, повторение</p> | <p>Есть сенсорный образ матери. Активный поиск контакта и защиты у матери. Появляется эпизодическое разделенное внимание. Контакт по типу «прилипания» (вначале тактильного, затем уже зрительного и слухового)</p> |

| Уровни развития | Признаки дисбаланса в сенсомоторной и эмоционально-волевой системах | Сенсорная область | Моторная область | Когнитивные функции | Эмоциональная сфера | Отношения с человеком |
|-----------------|--|---|---|--|---|---|
| 3. | <p>Сохраняются тонические и вегетативные нарушения предыдущего уровня. Но движения более дифференцированы. Ребенок начинает рисовать и писать. Лучше видит детали, чем целостный образ. Сохраняется игнорирование пространства слева, но тоже больше в рисунке. Общий фон настроения неустойчивый (маниакально-депрессивный), эмоции интенсивны и длительны. Жадное пополнение словаря, словотворчество. Простые фразы</p> | <p>Различает внутренние и внешние ощущения. Появляется ощущение собственного тела. Полностью сформирован гнозис. Может соотносить одинаковые предметы. Пространственный гнозис (в координатах верх-низ)</p> | <p>Пирамидно-стриальный уровень (по А.Н. Бернштейну). Движения начинают носить целевой характер. Приносит радость преодоление каких-либо барьеров при достижении целей. Появляются различные сенсомоторные координации, пространственный праксис. Способен рисовать на вертикальной поверхности. В рисунке появляется человек. Начинает имитировать поведение</p> | <p>Пространство воспринимается как трехмерное: характеристики приближения и удаленности, глубины (высоты). Есть центр — «Я»-отсчет. Конструкторская деятельность. Внимание может одновременно концентрироваться как по центру, так и по периферии. Есть долговременная память. Установление причинно-следственных связей. Речь как средство смыслового воздействия на другого человека</p> | <p>Появляется аффект агрессии как активности в достижении целей, преодолении препятствия. При фрустрации может вымещать гнев на другом объекте. Появляется негативизм</p> | <p>Различает себя и другого (как взрослого). Активно стимулирует материнское поведение, развивает новые формы контакта. Появляется нормальный зрительный контакт. Устанавливает границы и запреты. Определение границы между своим/чужим, живым/неживым</p> |

| Уровни развития | Признаки дисбаланса в сенсомоторной и эмоционально-волевой системах | Сенсорная область | Моторная область | Когнитивные функции | Эмоциональная сфера | Отношения с человеком |
|-----------------|--|--|--|--|--|---|
| 4. | Повышенная возбудимость нервной системы, преимущественно в вегетативной сфере. Игнорирование левой стороны пространства. Стереотипность в поведении. Задержка в регулирующей функции слова. Фонематические трудности либо трудности в освоении математическо-пространственных понятий. Эмоциональная неуравновешенность, склонность к «срывам» при стрессе | Появляется аффективный гнозис. Понимание смысла картин | Теменно-пре-моторный уровень (по А.Н. Бернштейну). Уровень значимости предметов, действий с предметами. Развиваются реципрокные координации. Моторика как операциональное обеспечение действий с предметами в пространстве | Различает живое/неживое. Предсказания поведения людей на основе аффективной информации. Речь как средство коммуникации. Слово имеет значение и смысл. Появление фантазий как различение внешнего и внутреннего | Появление эмпатии. Управление своим поведением на основе эмоциональной информации. Появление ролевой игры. Появление слова «нет» | Сформирована полноценная привязанность с взаимореципрокными взаимодействиями. Появляются первые предположения о мотивах поведения других людей. Появляются социальные жесты. Появляется конкуренция со взрослым |