

А.И. Ахметзянова, В.Ю. Дадакина, И.В. Кротова,
И.А. Нигматуллина, А.А. Твардовская

Расстройства аутистического спектра

Современные подходы
к психолого-педагогическому сопровождению

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Институт психологии и образования

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ

Учебно-методическое пособие



КАЗАНЬ
2020

УДК 616.89-053.2(075.8)

ББК 56.14я73

P24

*Печатается по рекомендации Ученого совета
Института психологии и образования
Казанского (Приволжского) федерального университета
(протокол № 5 от 31 января 2020 г.)*

Авторы:

**А.И. Ахметзянова, В.Ю. Дадакина, И.В. Кротова,
И.А. Нигматуллина, А.А. Твардовская**

Рецензенты:

доктор педагогических наук, профессор **А.Н. Хузиахметов**;
кандидат педагогических наук, доцент **О.А. Величенкова**

P24

Расстройства аутистического спектра: современные подходы к психолого-педагогическому сопровождению [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / А.И. Ахметзянова, В.Ю. Дадакина, И.В. Кротова и др. – Электрон. сетевые данные (1 файл: 10,29 Мб). – Казань: Издательство Казанского университета, 2020. – 911 с. – Систем требования: Adobe Acrobat Reader. – Режим доступа: https://kpfu.ru/portal/docs/F1045124469/132_2_._.Dadakina._.25.02.2020._.MAKET.pdf. – Загл. с титул. экрана.

ISBN 978-5-00130-289-6

В предлагаемое учебно-методическое пособие вошли актуальные материалы по обобщению опыта работы в России и зарубежных стран в сфере сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра.

УДК 616.89-053.2(075.8)

ББК 56.14я73

ISBN 978-5-00130-289-6

© Издательство Казанского университета, 2020

В предлагаемое учебно-методическое пособие вошли актуальные материалы по обобщению опыта работы в России и зарубежных стран в сфере сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра.

В работе представлены современные исследования ведущих специалистов в области изучения аутизма, посвященные вопросам уточнения эффективности сложившихся в отечественной и зарубежной практике методов дифференциальной диагностики аутистических состояний различного происхождения, выявления особенностей психического развития детей при разных формах проявления аутизма, анализа эффективных практик сопровождения и социализации детей с аутизмом и реализации новых, наиболее эффективных моделей и технологий оказания помощи данной категории детей.

Пособие адресовано студентам, обучающимся по направлению 44.03.03, 44.04.03 «Специальное (дефектологическое) образование» и изучающим дисциплины «Психологическое сопровождение образовательного процесса», «Психолого-педагогическое консультирование в специальном и инклюзивном образовании», «Психолого-педагогическая помощь детям с расстройствами аутистического спектра», «Сопровождение лиц с расстройством аутистического спектра», «Комплексная помощь лицам с расстройством аутистического спектра», а также педагогам, психологам, родителям, воспитывающим детей с расстройством аутистического спектра и широкому кругу читателей, интересующихся решением проблем расстройства аутистического спектра.

Авторы выражают свою благодарность за поддержку и участие в оформлении учебно – методического пособия студентам 4 курса специального (дефектологического) образования Фроловой Альбине Сергеевне и Борисовой Надежде Сергеевне.

Психологический аспект

Содержание

Раздел 1. Нарушения сенсорной обработки

1. Волошина А.А. Особенности сенсорного восприятия у детей с расстройством аутистического спектра 11
2. Сингатуллина И.И. Сенсорная интеграция детей с расстройствами аутистического спектра 16
3. Переверзева Д.С. Особенности зрительного восприятия у детей с расстройствами аутистического спектра 21
4. Нейсон Б.О ключевых проблемах аутизма. Сенсорные аспекты аутизма 35
5. Шпицберг И.Л. Коррекция нарушений развития сенсорных систем у детей с расстройствами аутистического спектра 42
6. Максимова Е.В. Диагностика нарушения восприятия особых детей с опорой на теорию построения движений Н.А. Бернштейна 59
7. Афонина М.А., Петрова Л.В., Осипова Е.А. Доступная среда и инклюзивный парк для досуга людей с ОВЗ 63
8. Переверзева Д.С. Коррекция процессов зрительного опознавания и контроля действия у детей 3–7-ми лет с расстройствами аутистического спектра с помощью парных призматических линз 71
9. J. Amudha, Hitha Nandakumar, S. Madhura, M. Parinitha Reddy, Nagabhairava Kavitha. An Android-Based Mobile Eye Gaze Point Estimation System for Studying the Visual Perception in Children with Autism. 84

Раздел 2. Коммуникативные особенности и развитие речи

1. Сыропятова Н.В. Особенности смысловой стороны речи старших дошкольников с расстройствами аутистического спектра 87
2. Солдатенкова Е.Н. Обзор зарубежных подходов к развитию коммуникации детей с расстройствами аутистического спектра 97
3. Мишенева Л.Н., Белисова А.А., Васерман С.В., Кронштанова Е.А., Николаева Н.И. Особенности коммуникативной деятельности у детей с РАС 110
4. Лебедь-Великанова Е.Е. Особенности коммуникации детей с ранним детским аутизмом 115

5.	<i>Щукина Д.А., Логинова Е.А. Состояние проблемы изучения нарушений речевого развития и общения детей с расстройством аутистического спектра</i>	121
6.	<i>Хайбуллаева Ф.Р., Мироненко В.С. Особенности речевого развития у детей с ранним детским аутизмом</i>	126
7.	<i>Мамохина У.А. Особенности речи при расстройствах аутистического спектра</i>	129
8.	<i>Козарь А.С., Калугина Н.А. Особенности речевого развития у детей с РАС</i>	143
9.	<i>Anna Tryfon, Nicholas E.V. Foster, Megha Sharda, Krista L. Hyde Speech perception in autism spectrum disorder: An activation likelihood estimation meta-analysis.</i>	151
10.	<i>Harshali Wadge, Rebecca Brewer, Geoffrey Bird, Ivan Toni, Arjen Stolk Communicative misalignment in Autism Spectrum Disorder</i>	152

Раздел 3. Специфика когнитивного развития при РАС

1.	<i>Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического спектра и эндогенной психической патологии у детей и подростков</i>	155
2.	<i>Забозлаева И.В. Клинико-динамические особенности когнитивных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра</i>	168
3.	<i>Ахмедова И.Э., Феофанов В.Н. Динамика развития когнитивных функций у дошкольников с расстройствами аутистического спектра в условиях реабилитационного центра</i>	181
4.	<i>Ефстеева В.И., Филппова Н.В. Особенности развития познавательной сферы у детей дошкольного и младшего школьного возраста, страдающих ранним детским аутизмом</i>	186
5.	<i>Коваль-Зайцев А.А. Дифференциальная диагностика когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра</i>	191
6.	<i>Моршнева М.А., Моршнева Л.Ю. Особенности развития познавательной сферы у детей с синдромом раннего детского аутизма</i>	199
7.	<i>Сорокин А.Б. Нарушения интеллекта при расстройствах аутистического спектра</i>	202

8. *Martina, O; Anette, H; Joakim, W; Asa, H; Christopher, G; Elisabeth, F. Children with borderline intellectual functioning and autism spectrum disorder: developmental trajectories from 4 to 11 years of age.* 213
9. *Annette, E; Lonnie, Z; Hongbin; G; Tanya, J; Sarah, P; Jed, T; Heather, H; Kelly, B; Stephen, R; Robert, T; Penelope, K; Alan, E; Geraldine, D; Jordana, E; Shanna, A; Joseph, P. Behavioral, cognitive, and adaptive development in infants with autism spectrum disorder in the first 2 years of life.* 217

Раздел 4. Социальное взаимодействие детей с РАС

1. *Балашова В.П. Особенности развития социально-коммуникативной сферы у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра* 225
2. *Пинкус М.В. Развитие навыков социального взаимодействия в раннем детстве у типично-развивающихся детей и у детей с расстройствами аутистического спектра* 231
3. *Ковалевская Н.А. Развитие социальных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра в процессе взаимодействия со сверстниками (педагогика, психология и образование: от теории к практике)* 242
4. *Степанова Н.А. Формирование навыков социально-бытовой ориентации у детей с рас в условиях семьи* 248
5. *Крушная Н.А. Особенности работы психолога по развитию социального взаимодействия в семьях, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра* 252
6. *Нестерова А.А. Модель сопровождения позитивной социализации детей с расстройствами аутистического спектра (РАС): комплексный и междисциплинарный подход* 263
7. *Феденко Е.Н. Особенности взаимодействия дошкольников с расстройствами аутистического спектра со сверстниками* 277
8. *Triago P; Daniela T; Esteban C; Marcos R; Danilo. A Participatory Approach for Game Design to Support the Learning and Communication of Autistic Children* 286
9. *Scott Andrew B.; Petra G. Sensory Conversation: An Interactive Environment to Augment Social Communication in Autistic Children* 289

Раздел 5. Аффективное развитие

1. Мелюхина М.В., Зеленина Н.Ю. Изучение особенностей развития аффективной сферы детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра 294
2. Баенская Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода 298
3. Путилина Н.В. Влияние расстройства аутистического спектра на развитие аффективной системы взаимодействия ребенка 306
4. Ирмухамедов Т.Б. К вопросу об особенностях аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами 309
5. Никольская О.С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода 313
6. Семаго Н.Я. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с РАС 329
7. Patricia L., Lockwood, Geoffrey Bird, Madeleine Bridge, EssiViding. Dissecting empathy: high levels of psychopathic and autistic traits are characterized by difficulties in different social information processing domains 344
8. Nidal Daou, Susan M.Vener, Claire L. Poulson. Analysis of three components of affective behavior in children with autism. 350

Раздел 6. Проблемное поведение

1. Сорокин А.Б., Давыдова В.Ю. Изучение особенностей поведения и общения у детей ясельного возраста с подозрения на наличие расстройства в спектре аутизма при помощи «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 352
2. Воробьёва А.А. Коррекция негативного поведения детей с расстройствами аутистического спектра в процессе рассказывания социальных историй 359
3. Виноградова Е.И. Особенности поведения детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и методы педагогического воздействия во время занятий с педагогом 363
4. Овсянникова Т.М. Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра 367
5. Бузмакова Д.В. Особенности нарушения поведения детей с аутизмом 377

6. *Артемова Е.Э., Имаева Е.В. Особенности поведения детей с расстройствами аутистического спектра* 386
7. *Cristan, F; Lauren, S; Susan, S; Audrey, T. Classifying and characterizing the development of adaptive behavior in a naturalistic longitudinal study of young children with autism.* 391
8. *Lambrechts, Greet; Zink, Inge; Van Leeuwen, Karla; Noens. Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors Boonen* 397

Современные исследования расстройств аутистического спектра в отечественной и зарубежной науке: взгляд психолога

Термин «расстройство аутистического спектра» (РАС) используется для обозначения группы состояний, связанных с нарушениями нейроразвития и характеризующиеся качественными отклонениями в социальном взаимодействии, вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченными стереотипными или повторяющимися формами поведения, интересами и движениями. (American Psychiatric Association, 2013). Рост случаев РАС у детей вызывает серьёзные опасения, но до сих пор нет единой точки зрения на причины возникновения. Ученые сходятся лишь на том, что РАС провоцируются комплексом факторов, а не одной единственной причиной.

Обобщая данные отечественных и зарубежных исследований можно выделить несколько ключевых психологических направлений: дисфункция сенсорной обработки информации, особенности коммуникативного и когнитивного развития, изучение социальных навыков, аффективной сферы и проявлений проблемного поведения, а также вопросы психологической оценки функциональных навыков.

Раздел 1. Нарушения сенсорной обработки

Волошина А.А. Особенности сенсорного восприятия у детей с расстройством аутистического спектра / А.А. Волошина // Актуальные научные исследования в современном мире, 2017. – № 5–1. – С. 190–194.

***Аннотация:** Современное общество отличается многообразием сенсорной информации, которую должен воспринимать индивид. Сегодня взаимодействие человека в социуме во многом зависит от его возможностей целостного восприятия информационной среды, что определяется сенсорным восприятием. Сенсорное восприятие является важнейшим процессом для развития личности, благодаря сенсорным процессам происходит формирование представлений и понятий, которые складываются в картину мира и служат ориентиром для человека в окружающей действительности.*

***Ключевые слова:** расстройство аутистического спектра, сенсорное восприятие, дистантные анализаторы, сенсорные впечатления, саморегуляция.*

Изучение развития детей с аутизмом является одним из приоритетных направлений специальной педагогики и психологии в последние годы. Существующая ранее в России типология коррекционных учреждений не включала коррекционные школы и классы для детей с аутизмом. Ранее эти дети частично обучались по программам для умственно отсталых, либо обучались на дому или в частных учреждениях. Создание коррекционных классов данного профиля является новой практикой в нашей стране.

Нарушения интеллектуальной деятельности у детей с аутизмом во многом связаны со спецификой их сенсорного восприятия, которое является первым в цепочке мыслительных процессов.

Дети с аутизмом специфическим образом реагируют на сенсорные стимулы: некоторые сенсорные стимулы приносят этим детям крайний дискомфорт, некоторые обладают для них притягательностью и используются для аутостимуляции. В то же время, эта категория детей не может выделить социально важные сенсорные стимулы среди фоновых. Дети с аутизмом как правило проявляют выраженную патологическую специфику развития сенсорного восприятия. В раннем возрасте, на первый взгляд, их сенсорное развитие происходит с опережением – часто у таких детей рано развиваются самостоятельные действия, и достаточно высока точность их выполнения. Такой ребёнок может прыгать между стульями, не промахиваясь и не падая на пол, что производит впечатление высокого уровня сенсорного развития. Есть информация о детях, самостоятельно возвращающихся издалека домой по однократно пройденному маршруту, о ребенке, которого привезли и оставили в больнице, а нашли в тот же день у дверей дома.

У этих детей проявляется раннее внимание к сенсорным впечатлениям, выражающаяся в следующем:

- возможность длительно сосредотачиваться на свете лампы, узорах на обоях, любовь к классической музыке
- умелость в выделении сенсорных признаков (ребенок находит нужную в грудке патефонных пластинок)
- ранее выделение цвета, формы предметов, их избирательная фиксация может отражаться и в первых словах ребенка: («бледнозолотистый», «круг» и т.п.), в некоторых случаях – фиксация букв и цифр [1, с. 45]

Как указывают О.С. Никольская, Ю.М. Веденина, опережающее выделение отдельных сенсорных впечатлений сочетается с задержкой развития представлений об обыденном окружении, их фрагментарностью, недостаточностью развития подробной, предметно и функционально организованной картины мира, отношения к вещам в соответствии с их функцией. Внимание ребенка часто привлекается не вещью, а ее частью, сенсорно привлекательной или дающей возможность извлечь

эффектное впечатление (колесо, которое можно вертеть). И, если в норме дети начинают оценивать величину, узнавать сенсорные свойства, определять форму, количество предметов в процессе их использования в быту, в контексте их назначения, пользы окружающих вещей, то при аутизме отдельные «чистые» сенсорные впечатления становятся для ребенка самоценными, они рано выделяются и становятся притягательными. Например, дети с аутизмом находят спрятанные на рисунке геометрические фигуры легче, чем умственно отсталые и обычные дети, связанные смыслом сюжетного содержания картинки.

Типичным является развитие стереотипных действий, воспроизводящих одно и то же ощущение. Это могут быть ощущения разных модальностей и различного уровня сложности. Подобная активность усиливается в момент тревоги. Особые отношения ребенка с сенсорной средой, фрагментарность, и, в то же время недостаточная подробность восприятия окружающего рассматриваются многими как сенсорная дисфункция – чрезвычайно важное, возможно ключевое условие формирования всей картины детского аутизма.

Многочисленные клинические и психологические наблюдения, данные экспериментальных исследований, отчеты взрослых успешно социализирующихся людей с аутизмом несомненно свидетельствуют об измененной чувствительности таких детей. Она проявляется в общем снижении порога дискомфорта, при возможном отсутствии реакции даже на боль и холод и, наоборот, «сверхочарованности» другими не столь важными впечатлениями, становящимися средством стереотипной аутостимуляции.

Выдвигалось предположение, что дети с аутизмом, подозреваемые в раннем возрасте в глухоте и слепоте, могут меньше использовать дистантные анализаторы, поскольку лучше чувствуют себя в ближнем мире, ограниченном вкусом, обонянием, тактильными ощущениями. Однако, несомненны свидетельства, что дети с аутизмом аномально воспринимают не только звук и свет, и цвет, но и холод-тепло, боль.

О.С. Никольская и Ю.М. Веденина указывают на проблемы объединения информации разных модальностей. Имея возможность видеть и слышать, они используют стратегии характерные для детей с сенсорной патологией (это согласуется с клиническими наблюдениями, говорящими о том, что у такого ребенка с трудом формируется координация движений руки и взора, кажется, что ему легче действовать "не глядя"). В норме дети, интегрируя зрительную и слуховую информацию и в пространственный, и во временной порядок, реализуют, таким образом, свою способность абстрагироваться в ее организации от определенной модальности и переходить к абстрактным кодам. Аутичные же дети показывают устойчивое уменьшение тенденции к такому перекодированию, вместо этого, они предпочитают отвечать всегда в непосредственно заданном коде, а именно – в том, который исходно определен сенсорным входом.

Особенность реакций на сенсорные впечатления проявляется одновременно и в другой, очень характерной тенденции развития, проявляющейся у детей уже в первые месяцы жизни. При недостаточной активности, направленной на обследование окружающего мира и ограничении разнообразия сенсорного контакта с ним, наблюдается выраженная захваченность, очарованность отдельными избирательными впечатлениями – тактильными, зрительными, слуховыми, вестибулярными, которые ребенок стремится получить вновь и вновь. Эти впечатления становятся основой стереотипных аутостимуляций, которые могут выглядеть и как примитивные циркулярные реакции, которые надолго фиксируются в поведении ребенка, и как более сложные, но тоже крайне однообразные манипуляции с предметами, дающие искомый сенсорный эффект (игра со светом, с бликами, выкладывание рядов по цвету или форме и т.д.).

При этом близкому практически не удастся включаться в действия, поглощающие ребенка. Чем больше ребенок выглядит захваченным ими, тем сильнее он противостоит попыткам взрослого участвовать в его особых действиях. Если при нормальном аффективном развитии удо-

вольствие от сенсорной стимуляции становится важной составляющей общения с близким взрослым, то в случае раннего искажения этого развития, особые стереотипные увлечения ребенка начинают отгораживать его от взаимодействия с родителями, а значит препятствовать развитию и усложнению отношений с окружающим миром.

Захваченность определенными сенсорными впечатлениями рано вступает в конкуренцию с ориентацией на близких. Часто взрослый, не имея эмоционального контакта с ребенком, выступает лишь в качестве инструмента, с помощью которого ребенок получает необходимую сенсорную стимуляцию (может покачать, покружить, поднести к желаемому объекту и т.д.).

При аутизме относительная значимость социальных стимулов снижена, во многом – за счет недостаточного накопления социального опыта, и поэтому социальные раздражители обладают значительно меньшей значимостью, таким образом, уменьшая направленность восприятия, а средовые раздражители воспринимаются в зависимости от их интенсивности, а не социальной значимости [Frith, p. 56].

Схожей точки зрения придерживается Е.Р. Баенская, однако основной причиной она считает нарушение системы аффективной саморегуляции у аутистов. У нейротипичного ребенка с младенческого возраста наблюдается ориентация на эмоционально значимые реакции взрослого, которая и служит средством саморегуляции, в то время как саморегуляция аутичного ребенка происходит за счёт механической стимуляции сенсорных систем [Баенская, с. 28].

Таким образом, изучив специальную литературу, мы выявили следующие свойства сенсорного восприятия детей с аутизмом:

- Меньшая роль социальных и аффективных стимулов и большая роль механических при выработке направленности действия восприятия.
- Восприятие отличается периферийностью, фрагментарностью, неспособностью выделить главные объекты.
- Избыточные сенсорные стимулы либо причиняют дискомфорт, либо могут использоваться для аутоstimуляции.

Литература

1. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 1997.
2. Никольская О.С. Особенности психического развития детей с аутизмом / О.С. Никольская, М.Ю. Веденина // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – № 18.
3. Frith U., Hill E.L. Autism Mind and Brain. Oxford University Press Inc., New York, The Royal Society, 2003. – 321 p.

Сингатуллина И.И. Сенсорная интеграция детей с расстройствами аутистического спектра // И.И. Сингатуллина, А.И. Каримуллина // Актуальные проблемы современной науки, техники и образования, 2017. – № 2. – С. 212–215

Аннотация. В статье описана необходимость включения методики сенсорной интеграции и стимуляции в работу с детьми с расстройствами аутистического спектра, а также описаны некоторые механизмы нарушений сенсорного восприятия у детей данной группы.

Ключевые слова: аутизм, сенсорная интеграция, расстройства аутистического спектра, предметотерапия.

У многих аутистов есть трудности с обработкой входных сенсорных сигналов. Они недостаточно или, наоборот, слишком сильно реагируют на зрительные, тактильные и слуховые сигналы. Иногда это проявляется в такой степени, что они не могут участвовать в определенной деятельности. Исследования показывают, что у 80–90% детей с аутизмом проявляются симптомы нарушения обработки сенсорной информации. Этим и объясняется актуальность темы данной статьи [5].

Сенсорная интеграция – это организация сенсорных сигналов, благодаря которой мозг обеспечивает эффективные реакции тела и перцепцию, формирует эмоции и мысли.

Сенсорная интеграция представляет собой упорядочивание ощущений, которые потом будут как-либо использованы. Ощущения дают

нам информацию о физическом состоянии нашего тела и окружающей среды. Они текут в мозг подобно ручейкам, впадающим в озеро. Каждую миллисекунду в наш мозг поступают бесчисленные кусочки сенсорной информации – и не только от глаз или ушей, но и от всего тела. Мы обладаем также особым чувством, которое фиксирует действие силы тяжести и перемещения нашего тела по отношению к земле [1]. Говоря о сенсорной интеграции, необходимо отметить, что она является бессознательным процессом, происходящим в головном мозге (мы не задумываемся о ней, как не задумываемся о дыхании). Сенсорная интеграция организует информацию, полученную с помощью органов чувств, наделяя значением испытываемые нами ощущения, фильтруя информацию и отбирая то, на чем следует сконцентрироваться – она позволяет нам осмысленно действовать и реагировать на ситуацию, в которой мы находимся, и формирует базу для теоретического обучения и социального поведения [1].

Согласно современным американским врачебным стандартам, особенности в сенсорной сфере отмечаются как один из важнейших симптомов при диагностике аутизма у детей.

Для аутизма характерны многие симптомы нарушения обработки сенсорной информации. Взаимодействуя с физическим миром, такие дети испытывают значительные трудности: их способность взаимодействовать с окружающей средой очень слаба. Однако ребенок с аутизмом сталкивается с дополнительными сенсомоторными трудностями и с проблемами в других областях [4].

Существует три вида плохой обработки сенсорных сигналов, которые часто встречаются у детей с аутизмом.

Во-первых, сенсорный сигнал «не регистрируется» мозгом должным образом, поэтому ребенок на одни вещи не обращает внимания, а на другие реагирует слишком резко.

Во-вторых, встречается плохая модуляция сенсорных сигналов, особенно вестибулярных и тактильных: из-за этого развивается гравитационная неуверенность или тактильная гиперчувствительность.

В-третьих, дает сбой область мозга, отвечающая за побуждение к действиям, особенно новым, или же к смене действий: из-за этого подавляется интерес к делам, которые обычно считаются конструктивными и полезными [5].

Однако таким детям можно помочь при помощи терапии сенсорной интеграции и стимуляции, которая в России получила название предметотерапии. Данная методика была разработана американским трудотерапевтом Джин Айрес, которая работала с детьми и взрослыми, имеющими неврологические нарушения.

Терапия с помощью сенсорной интеграции основывается на предположении, что ребенок либо чересчур возбужден, либо недостаточно возбужден окружающей обстановкой. То есть дисфункция сенсорной интеграции вызвана двумя основными причинами: 1) ребенок получает слишком много чувственной информации, его мозг перегружен; 2) ребенок не получает достаточного количества чувственной информации, он начинает ее жаждать.

В первом случае свойственна повышенная чувствительность к сенсорным стимулам, проявляющаяся как непереносимость ярких цветов, бытовых шумов, неприятие зрительного, тактильного контактов, боязнь запахов, высоты, осторожность в движениях и т.д. С целью избегания дискомфортных впечатлений ребенок пытается оградить себя от направленных воздействий, выстраивая систему пассивной отрешенности или активного сопротивления защит от внешнего вмешательства и формируя отрицательную избирательность к сенсорным стимулам: в центре его внимания оказывается то, что он не любит, не принимает, боится. Например, ребенок избегает зрительного контакта, боится большого скопления людей, не переносит некоторые звуки и прикосновения, отказывается от ношения определённой одежды, скован и осторожен в движениях и др. Во втором случае, при дефиците активных положительных контактов с окружающей действительностью, имеет место снижение чувствительности к сенсорным раздражителям. У ребенка наблюдается особая захваченность отдельными стимулирующими впечатлениями,

связанными с рассматриванием, соприкосновением, изменением положения тела в пространстве, ощущением своих мышечных связок и суставов. Это могут быть однообразные манипуляции с предметами, взмахи рук, застывания в определенных странных позах, избирательное напряжение отдельных мышц и суставов, бег по кругу, прыжки, кружение, раскачивание и другие действия с целью воспроизведения одного и того же приятного впечатления. Таким образом, дисфункция сенсорной интеграции проявляется через ограничения поведенческого спектра: гиперфункция – в виде сенсорных защит, гипофункция – в виде сенсорной аутостимуляции [3]

Именно дисфункцией сенсорной интеграции объясняется «странное» поведение человека с аутизмом: стереотипии, ритуалы, самостимуляция, аутоагрессия, эхолалия. С помощью такой «защиты» аутист всего лишь старается снизить болезненно-травмирующие ощущения, успокоить себя, почувствовать контроль над ситуацией и обрести безопасность в своём уникальном мире.

В случае аутизма целью терапии, основанной на сенсорной интеграции, является улучшение обработки сенсорной информации ради более эффективной «регистрации» и модуляции ощущений, а также помощь в формировании простых адаптивных ответов как средства организовать поведение. Если терапия окажется эффективной, она значительно улучшит жизнь ребенка, но на сегодняшний день ни один вид терапии не может «вылечить» аутизм. Работая с такими детьми, мы должны накапливать знания о том, как они обрабатывают нервные импульсы, и находить новые способы «достучаться» до них. Сенсорный опыт может стать важной частью программ вмешательства [1].

Таким образом, цель сенсорной интеграции – совершенствовать способность мозга обрабатывать сенсорную информацию, так, что ребенок начинает лучше коммуницировать в повседневной жизни. Недооценить значение стимуляции сенсорного восприятия мира нельзя. Именно через развитие сенсорики мы даем ребенку механизм познания мира.

Литература

1. Айрес Э.Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес. – М.: Теревинф, 2013. 3-е изд. – 272 с.
2. Кислинг У. Сенсорная интеграция в диалоге. Понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие / У. Кислинг. – М.: Теревинф, 2017. 7-е издание, 240 с.
3. Кувшинова И.А. К вопросу о психолого-педагогическом сопровождении детей и подростков в инклюзивном образовательном пространстве / И.А. Кувшинов, Е.Л. Мицан // Modern developmental psychology: main trends and prospect of research. – Prague, 2016. – 139 с.
4. Миненкова И.Н. Обеспечение сенсорной интеграции в коррекционно-развивающей работе с детьми с тяжёлыми и или множественными нарушениями психофизического развития / И.Н. Миненкова, С.Е. Гайдукевич. – Мн: УО БГПУ им. М. Танка, 2007. – С. 86–92.
5. Сунагатуллина И.И., Каримуллина А.И. Технологии обеспечения социально-психологического благополучия детей с РДА // Актуальные проблемы современной науки, техники и образования: материалы 74 международной научно-практической конференции / под ред. В.М. Колокольцева. Магнитогорск: Изд-во Магнитогорск. Гос. тех. ун-та им. Г.И. Носова. – 2016. – Т. 3. – С. 195–197.
6. Хохрякова Ю. Сенсорное воспитание детей раннего возраста. Учебно-методическое пособие. 2017. – 128 с.

Переверзева Д.С. Особенности зрительного восприятия у детей с расстройствами аутистического спектра // Д.С. Переверзева, Н.Л. Горбачевская // Современная зарубежная психология. – 2013. – Т.2. – № 2. – С. 130–142.

Аннотация. В статье представлен обзор исследований, посвященных изучению зрительного восприятия у детей с расстройствами аутистического спектра. Работа содержит описание психологических теорий, анализ нейрокогнитивных механизмов. Имеющиеся результаты интерпретируются с точки зрения представлений о патогенезе аутизма, характере нарушения развития нервной системы при данном синдроме.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра; теория нарушения центральной когерентности; теория сниженной иерархизации; дорзальный зрительный путь; вентральный зрительный путь; исполнительный контроль действия.

Расстройства аутистического спектра представляют собой группу нарушений развития, обязательными признаками которых являются нарушения коммуникативной, когнитивной, речевой сфер и наличие стереотипного, повторяющегося поведения. Причины аутизма до сих пор не ясны, вместе с тем, ключевым фактором в настоящее время признаются генетические нарушения (случайные мутации и наследственные формы).

Манифестация заболевания приходится на первые три года жизни. В части случаев нарушения в развитии наблюдаются с рождения (детский аутизм Каннера). В другом варианте на фоне нормального развития в возрасте от 1 до 3х лет может развиваться тотальный регресс с утратой контактов с окружающими, нарушением эмоционального реагирования, потерей речи и навыков самообслуживания.

Клиническая картина раннего детского аутизма крайне неоднородна. Уровень когнитивного развития варьирует от степени тяжелой умственной отсталости до опережающего развития. В целом, для данного

заболевания характерен очень неравномерный профиль развития психических функций, который включает усиление одних способностей на фоне грубого снижения других.

Особенности зрительного восприятия.

Данные зарубежных исследований

Нарушения зрительного восприятия при аутизме чаще всего рассматриваются в контексте двух теорий – теории нарушения центральной когерентности [10] и теории сниженной иерархизации, или гиперфункции низкоуровневых механизмов [18]. Экспериментальные данные носят достаточно противоречивый характер, что связано, в первую очередь, с неоднородностью выборок испытуемых, зависимостью результатов от характера подачи стимульного материала, инструкции и т.д.

Одним из первых результатов, который послужил стимулом к дальнейшим исследованиям, стали данные о неравномерном когнитивном профиле испытуемых с синдромом аутизма. Было показано, что дети с аутизмом лучше нормативно развивающихся испытуемых справлялись с заданиями на конструирование из кубиков Кооса (субтест из теста Векслера) [24]. Это стало основой постановки гипотезы о фрагментарном характере восприятия при аутизме и снижении возможностей центральной когерентности, т.е. учета, объединения всех элементов в единое целое. Основная идея заключается в том, что при сохранных возможностях к выделению отдельных деталей изображения при аутизме страдает способность к восприятию целостного образа, интеграции элементов в единое целое. Нормативной стратегией, по мнению авторов, является интегративная обработка поступающей информации, основанная, с одной стороны, на объединении всех фрагментов в единый образ, с другой стороны, на «отсеивании» несущественных деталей. Противоположная тенденция, свойственная людям с аутизмом, связана с фрагментарным восприятием поступающей информации, избыточным вниманием к отдельным деталям изображения, трудностями учета контекста, в котором находится объект.

Не менее интересными представляются результаты, полученные с помощью методики «встроенных фигур». Было показано, что дети и подростки с аутизмом опережают здоровых испытуемых в заданиях, направленных на поиск геометрической фигуры, которая является частью целостного изображения, абстрактного или смыслового [17]. Было высказано предположение о том, что парциальная успешность при выполнении подобных заданий связана с изначальной ориентацией на отдельные детали изображения. Перцептивный стиль людей с аутизмом определяется невосприимчивостью к целостному изображению, независимостью от его смысловых качеств. Иными словами, люди с аутизмом фокусируются на последовательной обработке деталей изображения, затрудняясь интегрировать их в единое целое. Невыраженным оказывается этап, связанный с восприятием совокупности элементов как целого, типичный для нормативной стратегии.

Анализ корковой активации при выполнении теста вложенных фигур показал, что у аутистов имеет место снижение, по сравнению с нормой, активации в теменной доле, префронтальной коре и увеличение активации в правой затылочной и вентральной затылочно-височной областях [21]. Т.е. более высокие результаты, которые демонстрируют испытуемые с аутизмом, обеспечиваются иной корковой активацией – подавлением ответа со стороны дорзального зрительного пути и усилением со стороны вентрального. Вывод, который может быть сделан, заключается в том, что зрительное опознание при аутизме строится и развивается по иным законам, чем в норме. Ключевым моментом является ориентация на базовые, элементарные зрительные признаки, такие как цвет, форма, а не на целостные характеристики объекта.

Еще одной методикой, позволившей выявить различия между перцептивным стилем людей с аутизмом и здоровых испытуемых, стала методика иерархических фигур Навона. В классическом варианте стимульным материалом является набор букв, расположенных в пространстве таким образом, что вместе они также образуют какую-то букву. На нормативной выборке было показано, что взрослые люди быстрее и

с меньшим количеством ошибок опознают «большую» букву, что связано с глобальным уровнем восприятия. Помимо этого, было установлено, что успешность выполнения задания также зависит от того, совпадала ли маленькая буква с большой, иными словами, были ли отдельные элементы конгруэнтны целостному образу. Было показано, что в ряде случаев испытуемые с аутизмом демонстрируют предпочтение локальной стратегии [18]. На основе полученных экспериментальных данных было выдвинуто несколько предположений. Согласно одному из них, при аутизме имеет место дисбаланс между локальным и глобальным способами переработки перцептивной информации. Согласно другой гипотезе, своеобразие восприятия при данном синдроме связано с гиперфункцией низкоуровневых механизмов и ослаблением высокоуровневых. Эта гипотеза получила название «сниженной иерархизации». Предполагается, что ослабление влияния со стороны более высокоорганизованных структур приводит к усилению, высвобождению активности базовых механизмов. С этим могут быть связаны сверхспособности аутичных детей к восприятию простых геометрических изображений, направлений линий, отдельных деталей или элементов образа.

Особый интерес представляет ряд работ, направленных на изучение нейрокогнитивных механизмов данного явления. Моделью в этих исследованиях стало изучение особенностей восприятия иллюзий. Большинство зрительных иллюзий построено на включении объекта в определенный контекст, влияние которого и приводит к ошибкам восприятия. Было показано, что люди с аутизмом менее восприимчивы к иллюзиям величины [10]. Интересным также представляется тот факт, что локальная стратегия восприятия, проявляющаяся в тесте иерархических букв, коррелирует с низкой восприимчивостью к иллюзиям [5]. Несколько другим примером являются иллюзии, построенные на законах восприятия гештальта. Считается, что центральным механизмом, ответственным за восприятие фигур, образованных «субъективным контуром», является процесс пространственной группировки. На мозговом уровне этот механизм связан с активностью теменной доли правого по-

лушария. В исследовании Прокофьева А.О. с помощью регистрации вызванных потенциалов были раскрыты механизмы, лежащие в основе нормативного и отклоняющегося вариантов восприятия [1]. Было показано, что при аутизме имеет место гиперфункция низкоуровневых механизмов, связанных с избыточной активизацией первичных отделов зрительной коры и дисфункция промежуточных уровней, ответственных за процессы пространственной группировки и интеграции. У дошкольников с РАС отсутствовал нормативный компонент альфа-активности в теменных отделах коры правого полушария. Эти данные говорят о том, что нарушения восприятия при аутизме, по крайней мере, на одном из уровней, связаны с недостатком модулирующего влияния со стороны более высокоорганизованных структур на первичные зоны, участвующие в обработке перцептивной информации.

Очень важными, с точки зрения понимания симптомокомплекса аутизма, представляются данные о вовлечении в патологический процесс именно теменных отделов коры. Теменная доля входит в состав дорзального зрительного пути, основной функцией которого, помимо перцептивного объединения отдельных элементов изображения в единый образ является планирование действия с учетом зрительных характеристик объекта, организация пространственного внимания. Следует отметить, что нарушение процессов зрительно-пространственного внимания считается одной из центральных черт когнитивного развития детей с аутизмом. Предполагается также, что патология системы внимания может являться триггерным механизмом, который, по принципу каскадной реакции, запускает многие последующие нарушения [2].

Характерно, что нарушения зрительного поведения при аутизме отмечаются уже на первом году жизни. Так, согласно проведенным исследованиям, прогностически неблагоприятными признаками, с точки зрения риска развития синдрома РДА, считаются нарушения зрительной ориентации и прослеживания, трудности переключения зрительного внимания (увеличение времени латентности вывлечения внимания) [27]. По всей видимости, данные проблемы определяются нарушением базовых

вых механизмов обработки зрительной информации. Исследования младенческого возраста показали, что дети из группы риска по развитию аутизма в возрасте 6 месяцев демонстрируют очень высокую чувствительность (в два раза, превышающую норму) по отношению к стимулам магноцеллюлярного (дорзального) пути [16].

Интересно также, что патология дорзального пути была показана при многих видах психических заболеваний: синдром Вильямса, синдром Мартин-Белл, дислексия, шизофрения [3]; [25]; [13]. Механизм влияния дорзального пути на различных этапах обработки зрительной информации может быть связан с высокой скоростью проведения сигнала. Высказывается предположение, что дорзальный путь производит предварительную обработку зрительного стимула, и далее по механизму обратной связи оказывает модулирующее влияние на первичную зрительную кору, вторичные и третичные зоны вентральной зрительной системы. На поведенческом уровне данное влияние описывается как внимание или ориентировка [15]. Это позволяет объяснить высокую распространенность патологии дорзального пути при различных видах отклоняющегося развития, может указывать на первичную роль проблем этой сферы в развитии более поздних симптомов патологии зрительной функции.

Картину могут прояснить также результаты исследований, полученные на больных шизофренией. Было показано, что при этом заболевании страдает быстрая зрительная ориентировка, повышена чувствительность к низкоконтрастным изображениям, а также опознание фрагментированных образов [7]. Эти результаты обсуждаются в контексте того, что дорзальный зрительный путь не оказывает должного модулирующего влияния на вентральный и, тем самым, нарушает опознание. Было также показано, что люди с шизофренией испытывают трудности при опознании незаконченных изображений. При их предъявлении отмечается снижение по сравнению с нормой активации в теменных отделах правого полушария. Делается вывод о том, что в первую очередь нарушается организующее влияние дорзально-

го пути, что приводит к трудностям организации пространственного (объектного) внимания при опознании [7].

Таким образом, нарушения восприятия при аутизме чаще всего описываются в рамках двух основных концепций-теории нарушения центрального связывания и концепции сниженной иерархизации, согласно которой имеет место гиперфункция низкоуровневых механизмов в сочетании со снижением влияния со стороны более высокоорганизованных структур. На основании имеющихся данных делается вывод о фрагментарной стратегии восприятия. Нейрокогнитивные исследования указывают на ведущую роль в описанных нарушениях дисфункции механизмов, участвующих в процессах пространственной группировки и интеграции и связанных с влиянием дорзального зрительного пути. Следует отметить, что дисфункция такого уровня неизбежно должна приводить к искажению всего хода перцептивного развития. Немаловажным аспектом будет, по всей видимости, формирование компенсаторных механизмов, оценить влияние которых возможно только при комплексном исследовании зрительного поведения ребенка.

Влияние исполнительных функций на решение перцептивных задач

Еще один аспект, который необходимо учитывать при анализе возможностей выполнения когнитивных заданий – это особенности исполнительного контроля действия. Под исполнительными функциями понимается «служебные» процессы, которые осуществляют контроль, общее управление всем целенаправленным поведением человека.

В нейрокогнитивном подходе основными составляющими исполнительных функций признается планирование, контроль, рабочая память (возможности удержания и оперирования текущей информацией в буфере кратковременной памяти) и ингибция (тормозный контроль поведения).

При анализе исполнительного контроля процессов восприятия на первый план выступают способности оперирования образами (рабочая память), а также подавление, торможение доминантного ответа, дик-

туемого непосредственным сенсорным впечатлением. С этих позиций может быть рассмотрено развитие предметных представлений ребенка в раннем и дошкольном возрасте. Так, было показано, что у детей в возрасте 3 лет существенные трудности вызывают задания, построенный по типу «кажущееся-реальное». Если 3-летнему ребенку показать машинку красного цвета, а затем поместить ее за пластиковую цветную пленку, которая искажает цветовосприятие, то на вопрос о том, какого цвета машинка ребенок ответит «черная», ориентируясь на сиюминутное сенсорное впечатление. Ребенок же 4–5 лет будет опираться в своих суждениях на знание реальных особенностей объекта. Трудности детей младшего возраста связаны с невозможностью совместить при восприятии одного и того же объекта два противоречащих друг другу качества и отторгнуть тот ответ, который не соответствует непосредственно воспринимаемой картине [20].

Согласно нейрокогнитивной модели развития исполнительных функций, изменения в суждениях, о которых идет речь, связаны с созреванием фронтальных структур коры головного мозга, что как раз и обеспечивают формирующиеся возможности оперирования перцептивными образами и торможения нерелевантного ответа [6]. Аналогичным образом может быть представлено выполнение классических задач Ж. Пиаже на сохранение вещества. Успешность решения конфликтных проб, по всей видимости, связана с совершенствованием механизма оперирования внутренними репрезентациями. Таким образом, мы можем заключить, что развитие возможностей предметного восприятия опосредуется не только когнитивными механизмами, но и процессами, ответственными за возможности управления этими функциями. Это положение очень важно для понимания того симптомокомплекса, который демонстрируют дети с аутизмом, поскольку нарушения исполнительных функций были показаны во многих исследованиях, посвященных изучению данного синдрома.

Особенности осуществления тормозного контроля действия при аутизме Классической пробой для диагностики особенностей процесса

ингибиции является тест Струпа. В большинстве исследований авторы приходят к выводу о том, что испытуемые с аутизмом наравне со здоровыми сверстниками справляются с классическим вариантом задания [для обзора см. 22]. Вместе с тем, анализ результатов выполнения пробы не позволяет судить о том, используют ли аутисты нормативные стратегии или речь идет об актуализации компенсаторных механизмов. Данные немногочисленных нейровизуализационных исследований позволяют предположить изменение активации в лобно-базальных зонах, однако, надежных результатов на данном этапе нет [12]. При использовании Хайлингского теста (TheHaylingTask) было показано, что аутисты затрачивали не пропорционально больше времени во второй серии пробы, когда задача состояла в том, чтобы закончить предложения с помощью слов, не обусловленных контекстом. Вместе с тем, полученные результаты могут быть проинтерпретированы как проявление общего дефицита, нежели трудностей тормозного контроля действия [22]. Достоверные ухудшения показателей при исследовании данной функции были показаны в серии экспериментов с использованием теста с антисаккадами [9]. Торможение доминантного моторного ответа требует быстрой и эффективной интеграции участков коры, которые вовлечены в исполнительный контроль действия. Характер задания, требующий от испытуемых подавления автоматической реакции, не позволяет актуализировать компенсаторные стратегии. Наличие специфических трудностей, которые были показаны в группе испытуемых с аутизмом, и которые не проявляются в столь явной форме в других заданиях, могут указывать на природу нарушений исполнительного контроля при данном синдроме. Нейровизуализационные исследования с применением данной пробы показали, что увеличение количества ошибок коррелирует со снижением активации в лобно-теменных отделах коры головного мозга [8].

Особенности функционирования рабочей памяти при аутизме

Не менее противоречивыми являются данные относительно особенностей развития процессов рабочей памяти. Так, было показано, что

люди с аутизмом наравне с нормативно развивающимися испытуемыми справляются с вариантом теста на рабочую память, где в качестве стимульного материала используются лица людей [14]. Вместе с тем, было обнаружено значимое изменение мозговой активации: снижение уровня возбуждения в левой лобной и правой височной долях, снижение функциональной связанности внутри левой лобной доли и между левой и правой веретенообразными извилинами, а также смещение активации в сторону нижней височной доли. Авторы делают вывод, что такой характер распространения возбуждения свидетельствует в пользу гипотезы о том, что люди с аутизмом в большей степени склонны оперировать зрительными (предметными) образами, не используя при этом возможности вербального и социального кодирования. В других исследованиях было показано, что люди с аутизмом существенно хуже справляются с задачей на пространственную и словесно-речевую рабочую память [23]; [26]. Противоречащие этому данные были получены в исследовании С. Озонофф и Д. Страйер [19]. Авторы пришли к выводу, что высокофункциональные аутисты не отличаются по результатам выполнения тестов на рабочую память от людей с синдромом Туретта и нормативно развивающихся испытуемых. В другом исследовании [11] было показано, что трудности испытуемых с аутизмом заключаются в использовании вербального кода при запоминании информации и перестают быть заметными в пробах со зрительными образами. Эти данные согласуются с результатами функциональных МРТ исследований на рабочую память на лица [14].

Таким образом, в литературе имеются данные, свидетельствующие как в пользу наличия при аутизме специфических нарушений исполнительного контроля действия, не связанных с общим уровнем развития, так и опровергающие это положение. Наиболее доказанным можно считать дефицит торможения автоматического моторного ответа, что, скорее всего, свидетельствует о базовых трудностях интеграции функциональных областей нервной системы, участвующих в организации испол-

нительного контроля действия. Напротив, в исследованиях, использующих такую диагностическую парадигму, как тест Струпа, гипотеза о нарушении процессов ингибиции не подтверждается. Это может свидетельствовать об актуализации на более поздних этапах обработки информации компенсаторных механизмов. Точно также нет прямых доказательств, указывающих на нарушение образной рабочей памяти. Наиболее выраженные проблемы, согласно большинству исследований, наблюдаются в пространственных и слухо-речевых пробах, связанных с вербальным кодированием. Наименьшие трудности вызывают задания, решение которых зависит от оперирования зрительными образами. Таким образом, вопрос о роли дефицита исполнительного контроля в структуре нарушения функции восприятия остается дискуссионным.

Заключение

Обобщая имеющиеся результаты, можно сделать вывод о том, что нарушения процессов зрительной переработки информации является типичной проблемой для людей, страдающих расстройствами аутистического спектра. Нарушения процесса зрительного опознания чаще всего обсуждают в контексте двух теорий: теории нарушения центрального связывания и теории сниженной иерархизации. Обе теории предполагают дефицит возможностей учета всей имеющейся информации, изолированную обработку отдельных элементов образа. На физиологическом уровне подобные нарушения могут быть связаны с недостатком интеграции между различными участками нервной системы, вовлеченными в процесс, или с уменьшением модулирующего влияния со стороны вторичных и третичных структур. Снижение связанности между участками головного мозга и нарушение развития белого вещества было показано во многих исследованиях и в настоящее время является одной из основных гипотез, объясняющих системный характер нарушения развития при аутизме [4]. В качестве конкретных механизмов, которые могут быть ответственны за фрагментарный характер восприятия при аутизме, предполагается патология дорзального зрительного пути, влияние кото-

рого на процессы опознания связано с функцией группировки, интеграции пространственно удаленных участков изображения в единое целое. Другим источником нарушений восприятия у детей с РАС может являться дефицит исполнительного контроля действия, в первую очередь трудности оперирования зрительными образами, нарушения тормозного контроля.

Литература

1. Прокофьев А.О. Зрительное восприятие целостного образа объекта у детей дошкольного возраста с типичным и атипичным развитием: дисс. ... канд. психол. Наук / А.О. Прокофьев. – М., 2009. – 165 с.
2. Строганова Т.А. Нарушение механизмов ориентировки внимания к новому стимулу у детей с синдромом аутизма / Т.А. Строганова, Е.В. Орехова, М.М. Цетлин, И.Н. Посикера, А.О. Прокофьев, Е.Ю. Обухова. – М., 2009. – С. 117–120.
3. Atkinson J., Hood B. Development of visual attention // *Attention, Development, and Psychopathology* / ed. by Burack J.A., Enns J.T. – N.Y., 1997. P. 31–54.
4. Barnea Goraly N. White matter structure in autism: preliminary evidence from diffusion tensor imaging / N. Barnea Goraly, H. Kwon, V. Menon, et al. // *Biological psychiatry*. 2004. Vol. 55, Iss. 3. P. 323.
5. Bolte S., Poustka F. The broader cognitive phenotype of autism in parents: how specific is the tendency for local processing and executive dysfunction? // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006. Vol. 47, Iss.6. P. 639–645.
6. Diamond A., Werker J., Lalonde C. Toward understanding commonalities in the development of object search, detour navigation, categorization, and speech perception // *Human Behavior and the Developing Brain* / ed. by Dawson G., Fischer K. New York, NY, US: Guilford Press. 1993. P. 380–426.
7. Doniger G.M. Impaired visual object recognition and dorsal/ventral stream interaction in schizophrenia / G.M. Doniger, Foxe J.J., M.M. Murray, B.A. Higgins, D.C. Javitt // *Archives of General Psychiatry*. 2002. Vol. 59. P. 1011–1020.

8. Griebeling J. Dorsolateral prefrontal cortex magnetic resonance imaging measurements and cognitive performance in autism / J. Griebeling, N.J. Minshew, K. Bodner, R. Libove, R. Bansal, P. Konasale, M.S. Keshavan, A. Hardan // *Journal of child neurology*. 2010. Vol. 25, Iss. 7. P. 856–63.

9. Goldberg M.C., Lasker A.G., Zee D.S. Deficits in the initiation of eye movements in the absence of a visual target in adolescents with high6functioning autism // *Neuropsychologia*. 2002. Vol. 40, Iss. 12. P. 2039–2049.

10. Happe F. G.E., Frith U. The weak coherence account: Detail focused cognitive style in autism spectrum disorders // *Journal of autism and developmental disorders*. 2006. Vol. 36, Iss. 1. P. 5–25.

11. Joseph R.M. Self6ordered pointing in children with autism: failure to use verbal mediation in the service of working memory? / R.M. Joseph, S. Steele, E. Meyer, H. Tager Flusberg // *Neuropsychologia*. 2005. Vol. 43, Iss. 10. P. 1400–1411.

12. Kana R.K. Inhibitory control in high6functioning autism: Decreased activation and underconnectivity in inhibition networks / Kana R.K., Keller T.A., Minshew N.J., Just M.A. // *Biological Psychiatry*. 2007. Vol. 62, Iss. 3. P. 198–206.

13. Kogan C.S. Differential impact of the FMR1 gene on visual processing in fragile X syn6 drome / C.S. Kogan, I. Boutet, K. Cornish, S. Zangenehpour et al. // *Brain*. 2004. Vol. 127, Iss. 3. P. 591–601.

14. Koshino H. fMRI investigation of working memory for faces in autism: visual coding and under connectivity with frontal areas / H. Koshino, R.K. Kana, T.A. Keller, V.L. Cherkas6 sky, N.J. Minshew, M.A. Just // *Cerebral Cortex*. 2008. Vol. 18, Iss. 2. P. 289–300.

15. Maunsell J.H. Visual response latencies of magnocellular and parvocellular LGN neurons in macaque monkeys / J.H. Maunsell, G.M. Ghose, J.A. Assad, C.J. McAdams, C.E. Boudreau, B.D. Noerager // *Visual Neuroscience*. – 1999. – Vol.

16. Iss. 1. – P. 1–14. 16. McCleery H.P. Abnormal Magnocellular Pathway Visual Processing in Infants at Risk for Autism / H.P. McCleery, E. All-

man, L.J. Carver, K.R. Dobkins / Biol Psychiatry. – 2007. Vol. 62, Iss. 9. P. 1007–1014.

17. Morgan B., Maybery M., Durkin K. Weak central coherence, poor joint attention, and low verbal ability: independent deficits in early autism // Developmental psychology. 2003. Vol. 39, Iss. 4. P. 646–656.

18. Mottron L. Enhanced perceptual functioning in autism: an update, and eight principles of autistic perception / L. Mottron, M. Dawson, I. Soulières, B. Hubert, J. Burack // Journal of autism and developmental disorders. 2006. Vol. 36, Iss. 1. P. 27–43

19. Ozonoff S., Strayer D.L. Further evidence of intact working memory in autism // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2001. Vol. 31, Iss. 3. P. 257–63.

20. Rice C. When 36year6olds pass the appearance reality test / C. Rice, D. Koinis, K. Sullivan, H. Tager6Flusberg, E. Winner // Developmental Psychology. – 1997. Vol. 33, Iss. 1. P. 54–61.

21. Ring H.A. Cerebral correlates of preserved cognitive skills in autism A functional MRI study of Embedded Figures Task performance / H.A. Ring, S. Baron6Cohen, S. Wheelwright et al. // Brain. 1999. Vol. 122, Iss. 7. P. 1305–15.

22. Robinson S. Executive functions in children with Autism Spectrum Disorders / S. Robinson, L. Goddard, B. Dritschel, M. Wisley, P. Howlin // Brain and Cognition. 2009. Vol. 71, Iss. 3. P. 362–368.

23. Sachse M. Executive and Visuo6motor Function in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder / M. Sachse, S. Schlitt, D. Hainz, A. Ciaramidaro, S. Schirman, H. Walter, F. Poustka, S. Bolte, C.M. Freitag // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2012. Sep. 26.

24. Shah A., Frith U. An islet of ability in autistic children: A research note // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1983. – Vol. 24, Iss. 4. P. 613–620.

25. Spencer J. Motion processing in autism: Evidence for a dorsal stream decency / J. Spencer, J. O'Brien, K. Riggs, O. Braddick, J. Atkinson, J. Wattam6Bell // Neuroreport. 2000. Vol. 11, Iss. 12. P. 2765–2767.

26. Steele S.D. Spatial working memory deficits in autism / S.D. Steele, N.J. Minshew, B. Luna, J.A. Sweeney // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2006. Vol. 37, Iss. 4. P. 605–612.

27. Zwaigenbaum L. Behavioral manifestations of autism in the first year of life / L. Zwaigenbaum, S. Bryson, T. Rogers, W. Roberts, J. Brian, P. Szatmari // International Journal of Developmental Neuroscience. 2005. Vol. 23, Iss. 2. P. 143–152.

Нейсон Б.О *ключевых проблемах аутизма. Сенсорные аспекты аутизма / Б. Нейсон // Аутизм и нарушения развития. – 2016. – Т. 14. – № 3. – С. 42–46.*

***Аннотация.** Американский клинический психолог Билл Нейсон знакомит широкий круг читателей с различиями в способах функционирования между людьми на аутистическом спектре и нейротипичными людьми. Третья часть его Синей книги «Дискуссия об аутизме» посвящена особенностям сенсорного восприятия аутичных людей. Сенсорная гиперчувствительность, фрагментированное и искаженное восприятие, трудности обработки ощущений – вот те черты, которые делают переживание внешнего мира аутичными людьми особенным, часто – нагрузочным и даже болезненным. Автор приводит признаки гипер- и гипочувствительности основных органов чувств людей с аутизмом.*

***Ключевые слова:** аутизм, аутистический спектр, сенсорный, гиперчувствительный, ощущение, перегрузка*

Пристегните ремни! Мы собираемся какое-то время провести за обсуждением сенсорного мира людей на спектре. Сенсорные различия между людьми на спектре очень велики; однако большинство из них переживают мир ощущений совсем не так, как мы, нейротипичные люди. Индивидуумы на спектре испытывают трудности во всех сенсорных сферах: восприятия, интеграции, обработки сигналов. У некоторых эти сенсорные проблемы доминируют во всем, что бы они ни делали. Когда

внешний мир постоянно атакует их нервную систему, они становятся тревожными и все время «на взводе».

Типичные сенсорные проблемы:

1. Фрагментированное или искаженное восприятие
2. Трудности интегрирования/обработки множественных сенсорных стимулов
3. Сенсорная дефензивность (гиперчувствительность)
4. Пониженная сенсорная чувствительность
5. Сенсорная перегрузка
6. Модулирующая стимуляция (возбуждение).

Люди с расстройствами аутистического спектра могут испытывать самые разные сенсорные проблемы. Наиболее частой и той, которую люди лучше всего узнают, является сенсорная дефензивность (гиперчувствительность к стимулам) и сенсорная перегрузка (возникает, когда ребенок подвергается воздействию слишком большого количества стимулов). Кроме того, проблемы могут возникать в узнавании стимула, интеграции разных стимулов и регулировании количества и интенсивности стимуляции, поступающей в мозг. Мы коротко остановимся на некоторых из этих проблем.

Фрагментированное и искаженное восприятие

Фрагментированное восприятие является обычным при аутизме. Нейротипичный (НТ) мозг автоматически вбирает и организует всю поступающую информацию (ощущения) в одно общее восприятие. Мы незаметно интегрируем все наши ощущения с минимальным осознанием этого процесса. Мы берем все, что видим, слышим, обоняем, ощущаем на вкус и осязаем, и плавно интегрируем всю эту информацию в одно динамичное восприятие. Наш текущий опыт состоит из динамичного потока сенсорной информации, постоянно интегрируемой и ассимилируемой, что обеспечивает непрерывность и прочность нашего опыта, позволяет взаимодействовать с миром вокруг нас и к нему адаптироваться.

Однако у некоторых индивидуумов на спектре восприятие фрагментировано. Они воспринимают только часть, или фрагмент, перцептивного поля в один момент времени. Например, люди обычно могут посмотреть на лицо и воспринять все лицо сразу. Интегрируя форму головы, глаза, нос, уши, волосы, рот и т.д. в один образ лица, который мы узнаем. Люди с фрагментированным восприятием могут лишь выделить части лица (глаза, нос, рот и т.д.) в один момент времени и вынуждены складывать части последовательно, как пазл. У некоторых наблюдается «лицевая слепота», когда они вообще не узнают лиц. Многие выделяют одну часть вашего лица, например, волосы или очки, чтобы запомнить вас. Соответственно, если вы пострижете волосы или используете другие духи, они могут вас не узнать.

У людей с фрагментированным или искаженным восприятием их восприятия не складываются в обобщенные паттерны. Вместо интеграции деталей в целостную картину происходит перенаполнение целым морем деталей, часто противоречащих друг другу. Под мощным потоком непонятных стимулов они хватаются за части и кусочки, не воспринимая картину в целом. Это может привести к ложному восприятию. В лучшем случае это приводит к замедленной обработке, так как кусочки и части должны складываться друг с другом последовательно, как пазл, а не одновременно.

Естественно, мы можем представить себе, какое напряжение это может вызывать, особенно если стимуляция изменчивая, или если ситуация требует быстрого ответа. Большая часть нашего ежедневного опыта требует от нас быстрой обработки динамически меняющейся информации. Она вынуждает наш мозг быстро обрабатывать разнородную информацию одновременно. Для тех, у кого восприятие фрагментировано, складывание фрагментов вместе может не дать целостной картины, что делает их ответы несвоевременными, не соответствующими требованиям ситуации. Дети с такими проблемами обычно обобщают вещи, опираясь скорее на один или два фрагмента, чем на общую картину. Они могут помнить человека только по его волосам, комнату – по части ме-

бели, предмет – по форме, цвету или осязательным ощущениям от него, но не по всем трем признакам сразу. Все это может способствовать тому, что мир для такого ребенка более хрупок. Когда одна характеристика, которую узнает ребенок, меняется (человек подстригся или мебель убрана из комнаты), это может полностью обрушить чувство безопасности ребенка с аутизмом.

Менее частым, но более неприятным нарушением является искаженное восприятие. У индивидуумов с этим нарушением искажения могут происходить в самых разных параметрах (размер, форма, глубина, движение, т.д.). Предметы дрожат, меняются в размерах, движутся, вытягиваются. Так как эти искажения непостоянны, поле зрения или слуха может постоянно меняться, приводя к затруднениям при выработке суждений. Тогда вы можете заметить у таких детей замедленность обработки плюс колебания перед ответом. У них могут быть проблемы с передвижением среди предметов или чувство, что все предметы перемещаются. Они вынуждены медленно обрабатывать информацию, иногда замирать или совсем закрываться. Опять же, их способность обрабатывать стимулы будет снижаться в периоды стресса, усталости, голода; их восприятие при этом становится недостоверным. Гипер- и гипочувствительность, повышенная острота ощущений, или гиперчувствительность, очень характерна для людей с аутизмом. Такие индивидуумы гораздо более чутки к ощущениям. Они могут слышать частоты или интенсивность звука, не доступные большинству людей, видеть малейшие частицы и отдельные детали, чувствовать запахи, которые другие не чувствуют, и ощущать легчайшие стимулы телом. Это может отвлекать и перегружать, а иногда быть болезненным. Их мозг может быть не в состоянии отфильтровать фоновый шум и настолько отвлекаться на незначимые детали, что они упускают важные элементы. Представьте, что вы видите мерцание флюоресцентных ламп, ощущаете магнитные и электромагнитные волны от холодильника и микроволновки или слышите дыхание людей рядом с вами. Такая обостренность ощущений может быть плюсом (в профессиях, требующих внимания к деталям), но

чаще – это отвлекающий момент. Это может перегружать и приводить к трудностям концентрации.

Некоторые люди могут быть гиперчувствительны в одном и иметь пониженную чувствительность (плохое осознание) в другом. При пониженной чувствительности человек не улавливает нормальный уровень стимуляции и часто не чувствует, не видит, не слышит, не обоняет обычные стимулы, если только они не усилены. Это ребенок, который наталкивается на все, потому что его тело не чувствует контакта с полом и предметами вокруг.

Он может быть очень груб с вещами, т.к. не чувствует, как тверда его хватка. Кроме того, такой человек может нормально не ощущать боль и быть предрасположенным к травмам (переломам, порезам, т.д.), не оберегаясь их.

Сенсорная дефензивность

С сенсорной гиперчувствительностью часто сочетается сенсорная дефензивность. При этом состоянии ребенок может быть гиперчувствительным в одной или более сферах, в которых он испытывает неприятные и даже болезненные ощущения. Легкое прикосновение для них – как иголки, а определенные частоты и интенсивности усилены для них во много раз. Школьный звонок ужасен, а телефонный вызывает шок. Обычные запахи вызывают у них тошноту, а обычное освещение перегружает. Их нервная система всегда в тревоге и повышенном тоне. Они легко начинают паниковать. Такой ребенок будет пытаться избегать обычных звуков, запахов, прикосновений, которые могут погрузить его нервную систему в «безумие». Эти дети часто повышено возбудимы, тревожны, оппозиционны, потому что они постоянно ожидают угрожающих стимулов. Они вынуждены контролировать все, что происходит вокруг них, для контроля уровня стимуляции. Представьте, что вы сидите в классе, где стул до боли тверд, одежда некомфортна, флюоресцентные лампы перегружают, вы можете слышать тяжелое дыхание сидящего сзади, вас тошнит от запаха фломастера и чернил, а скрип

карандашей раздражает вам слух. И вот попробуйте тогда сконцентрироваться на том, что говорит учитель

Трудности интегрирования множества ощущений

Некоторые индивидуумы на спектре могут адекватно улавливать каждое ощущение в отдельности, но испытывают трудности интегрирования всех ощущений в одно целостное восприятие. В то время как наш мозг воспринимает разнородные ощущения (зрительные, слуховые, осязательные, обонятельные) и одновременно интегрирует их, на людей с нарушенной интеграцией обрушивается лавина конкурирующих ощущений, которые в целом эффективно не связываются. Все звуки, зрительные ощущения, запахи, т.д. конкурируют между собой, но одновременно не интегрируются. Им часто приходится блокировать одно ощущение, чтобы сфокусироваться на другом. Для таких людей наш мир с его нормальными стимулами слишком нагружен. Часто им приходится обрабатывать ощущения последовательно, по одному, а потом складывать их вместе. Естественно, это может сильно истощать.

Одноканальная обработка.

У людей с трудностями интеграции ощущений часто имеется одно доминирующее ощущение, с помощью которого они воспринимают мир. Им может быть нужно дотронуться и манипулировать со всем тем, что они воспринимают, или все понюхать, перед тем как есть, или что-то делать с чем-то, или зрительно исследовать все, с чем придется иметь дело. Другие ощущения у них конкурируют, и они могут стараться их блокировать, чтобы сконцентрироваться на доминирующем ощущении. Так что ребенок-визуал может часто закрывать уши, чтобы заблокировать шум и сконцентрироваться на зрении. Нам нужно определить, какое ощущение (зрение, слух или прикосновение/манипуляция) ребенок преимущественно использует для исследования мира, а затем использовать этот канал для обучения.

Замедленная обработка и сенсорная перегрузка

Как вы можете себе представить, если вы не в состоянии отфильтровать фоновый шум, восприятие у вас фрагментировано или искажено, а ощущения одновременно не интегрируются, обработка ощущений у вас будет замедлена. За счет процесса сортировки всей огромной суммы ощущений и складывания частей обработка информации у ребенка замедляется и часто перегружает его. Когда вы гиперчувствительны к стимулам и не можете адекватно интегрировать конкурирующие ощущения, ваш мозг перегружается и легко начинает паниковать. Человек все время «на взводе», тревожен и неуверен. Такой ребенок может казаться сопротивляющимся и оппозиционным и чувствует потребность контролировать все вокруг. Когда мозг начинает перегружаться, он закрывается, блокируя стимуляцию для предотвращения перегрузки. У ребенка может появиться «стеклянный» взгляд, он может закрывать глаза и класть голову. Однако если стимулы поступают слишком быстро и их слишком много, у ребенка может произойти эмоциональный срыв (отреагирование).

Модулируя уровень возбуждения

Наконец, многие дети с проблемами обработки информации испытывают также трудности при регуляции поступления сенсорных стимулов, которая необходима для поддержания уровня возбуждения. Они либо перевозбуждены и быстро перегружаются, либо уровень возбуждения у них недостаточен, и они отталкиваются от стен, чтобы усилить стимуляцию и сохранить уровень бодрствования. Они или отфильтровывают слишком много информации для сохранения тонуса (гиперактивные дети), или недостаточно отфильтровывают и перегружаются стимулами. Для таких детей оставаться спокойными, организованными и бодрыми – трудная задача. Они могут быть или заторможенными и вялыми, или в постоянном движении. Таких детей часто называют гиперактивными, у них есть трудности сосредоточения. Им помогает сенсорная диета (обсуждаемая в главе ниже), которая дает им стимуляцию, когда они в пониженном тонусе, и успокаивает их, когда они перевозбуждены.

Шницберг И.Л. Коррекция нарушений развития сенсорных систем у детей с расстройствами аутистического спектра / И.Л. Шницберг // Аутизм и нарушения развития. – М., 2013. – № 2(41). – С. 33–44.

Аннотация. В основе авторского метода соматосенсорной коррекции лежит концепция периферического акцента, формируемого ребенком с нарушениями в механизме функционирования каждого сенсорного канала в отдельности при выделении наименее информативного, периферического, направления в качестве основного. Специалист формирует стимулы в соответствующих зонах периферической и фронтальной чувствительности, стимулируя последовательное адекватное развитие сенсорных систем, что в итоге приводит к ослаблению тревожности и повышению обучаемости ребенка.

Ключевые слова: соматосенсорная коррекция, аутистическое развитие, гиперсензитивное восприятие, искаженное сенсорное восприятие, коммуникативный стереотип, синтез сенсорных сигналов.

Аутичный ребенок идет сквозь мир, наполненный яркими сенсорными переживаниями, своим собственным коридором, освещенным тусклым светом. Стены этого коридора, незримо воздвигнутые ребенком, не пропускают ни света, ни звука. Коридор полон отголосков, отзвуков, отблесков. Отраженный от стен звук, эхо отраженной речи, полосы света, пробивающиеся сквозь узкие щели в стенах, проецируют на стены фрагменты событий реального мира. Ребенок идет по этому коридору, наслаждаясь неуязвимостью и одиночеством. Даже если в реальности в этот момент мама ведет его за руку в давке московского метрополитена. Принимая факт существования особенностей сенсорного восприятия у детей с аутистическими проявлениями, невероятно интересно, как им удастся оставаться невозмутимо равнодушными к ярким вспышкам света, к громким звукам и шумной толпе.

В последние годы возникает все больше случаев выявления нарушений развития аутистического спектра у детей различных возрастных

групп. Безусловно, это вызвано и некоторой «модой» на данный диагноз, и повышением общего уровня знаний об этом заболевании в среде диагностов. Однако часто основной причиной выставления данного диагноза становится невозможность представить пути восстановительного лечения и реабилитации. И тогда диагноз аутизм оказывается своеобразным оправданием отсутствия ясной коррекционной стратегии у специалистов.

Действительно, в работе с такими детьми специалисты сталкиваются с целым рядом практически непреодолимых трудностей. Врачи-психиатры сталкиваются с низкой эффективностью терапевтического воздействия психотропных препаратов (в первую очередь, нейролептиков). В ряде случаев удается использование лекарств в качестве «корректоров поведения», но такие случаи, к сожалению, не являются правилом. Использование ноотропных препаратов часто приводит к формированию избыточного возбуждения, у детей существенно препятствует организации коррекционной работы. К сожалению, нередко реакция ребенка на известный и давно применяемый препарат оказывается парадоксальной. В настоящее время в международной практике чрезвычайно редки примеры «излечения» аутизма медикаментозными средствами. Наиболее удачным считается сочетание медикаментозной поддержки с коррекционно-педагогической работой. Однако часто подбор лекарств занимает не один месяц, а то и год, а в случае с быстро формирующейся аутичной блокадой потеря времени оказывается невозполнимой.

Специалисты-дефектологи, в свою очередь, испытывают серьезные трудности в организации занятий с детьми, имеющими аутистические расстройства. Такие дети, обладая уникальной, но невероятно избирательной памятью, отказываются запоминать «элементарные» вещи. Выстраивают сложные последовательности из различных предметов и действий и при этом отказываются воспроизводить предлагаемые специалистом простые схемы. Имеют структурное представление о многих объектах и явлениях внешнего мира и одновременно не могут разо-

браться в повседневных, очевидных для любого маленького ребенка, причинно-следственных связях.

Чаще всего основной проблемой в организации коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими РАС, оказывается невозможность установления «общего языка» между специалистом и ребенком. Аутичный ребенок воспринимает внешний мир способом, слишком отличающимся от восприятия специалиста.

Интересным также кажется тот факт, что поведенческие признаки, свойственные детям с диагнозом аутизм, встречаются и у детей с совершенно другими заболеваниями (такими как ДЦП, синдром Дауна и др.).

Можно предположить, что в случае нарушения процессов и «механизмов» восприятия, вызванного разными причинами, ребенок выстраивает «аутичную» модель адаптации к внешнему миру как наиболее результативную и наименее травматичную. Все существующие основные диагностические системы (ДСМ-III-R, ДСМ-IV и МКБ-10) сходятся в том, что для постановки диагноза аутизм должны присутствовать 3 основных нарушения: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения [6].

Многие исследования природы и структуры особенностей развития детей с дизонтогенезом, имеющих расстройства аутистического спектра, подтверждают гипотезу о гиперсензитивном восприятии, свойственном им на ранних этапах онтогенеза [4; 6; 7; 12]. Таким образом, согласно этой гипотезе, становится очевидной невозможность адекватного развития сенсорных систем у аутичных детей.

Также можно предположить, что дефект развивается как в процессе раннего формирования сенсорных систем (до 1,5–2-х лет), так и в последствии, в результате использования патологически сложившегося «сенсорного стереотипа».

О.С. Никольская, один из ведущих отечественных специалистов в области изучения и коррекции детского аутизма и сходных рас-

стройств у детей, полагает, что у детей с расстройствами аутистического спектра нарушено развитие системы аффективной организации сознания и поведения в целом [5]. К этому приводят два патогенных фактора: нарушение возможности активно взаимодействовать с окружающей средой и снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром (другими словами, повышенная чувствительность аутичных детей к любым сенсорным раздражителям).

В норме ребенок учится распознавать внешние объекты максимально достоверно за счет:

1. Оттачивания техники «фиксации» на объекте, используя навыки игнорирования вторичной, шумовой информации;
2. Синтеза различных сенсорных сигналов от различных сенсорных систем и анализа качеств и свойств объекта.

При развитии по аутистическому типу, так как большинство поступающих сенсорных сигналов воспринимаются как избыточные, ребенок вынужден обучаться процессам «игнорирования», снижения интенсивности поступающего сигнала. В результате «у ребенка фиксируется реакция ухода от направленных на него внешних воздействий» [8].

Вместо последовательного развития и совершенствования сенсорных систем в направлении изучения окружающего мира у ребенка развивается механизм игнорирования внешних сигналов. В то же время интенсивно развивается чувствительность по направлениям, несущим минимум сенсорной информации, вместо насыщенного сенсорными сигналами фронтального направления развиваются периферические зрительные и слуховые поля. Ребенок избегает любых ярких (интенсивных) сенсорных стимулов, глазного контакта, плачет, когда его берут на руки. Сенсорные механизмы отстраиваются так, чтобы, воспринимая минимум сенсорной информации, тем не менее давать ребенку представление о внешнем мире. Поэтому не формируется синтез различных сенсорных систем (зрительной, слуховой, кинестетической), не формируется бинокулярное зрение и бинауральный слух.

Если посмотреть, как аутичный ребенок отслеживает руку взрослого, звенящего в колокольчик, можно заметить, что он или смотрит, или слушает, и никогда не делает того и другого одновременно. Синтез сенсорных стимулов у ребенка с аутизмом происходит только лишь при формировании ребенком аутостимуляций – процесса, призванного за счет своей высокой интенсивности отвлекать от всех остальных внешних стимулов.

В течение семи лет в США группа нейрофизиологов проводила исследование, целью которого было выявление морфофункциональных особенностей нервной системы детей с аутизмом. Данные, опубликованные в марте 2007 года, свидетельствуют о несформированности у детей репрезентативной группы специфических зон сенсорной интеграции, в первую очередь – угловой извилины.

Можно предположить, что для реализации задач, связанных с игнорированием, аутичный ребенок тренирует и совершенствует механизмы фиксации, добиваясь максимального самопоглощения свойствами выделяемого объекта. Одновременно с выбором наименее информативных сенсорных направлений как приоритетных в восприятии внешнего мира у ребенка формируется устойчивая система замещений предполагаемых незнакомых (и, следовательно, потенциально опасных) стимулов хорошо известными собственными – формируются «аутостимуляции», стереотипии. В этом процессе также ведущую роль играет развитие механизмов фиксации. К стереотипности приводит необходимость взять под контроль контакты смириться и смириться от дискомфортных впечатлений [8].

Аутостимуляции могут быть как «подкрепляющего», так и «замещающего» характера в зависимости от поглощенности процессом и возможности совмещения стереотипной и произвольной деятельности. Таким образом, ребенок останавливается на «аутичном» варианте механизма саморегуляции, как на наиболее адаптивном в его случае.

В дальнейшем, когда острый (сензитивный) период проходит, ребенок продолжает осваивать внешний мир уже более спокойно,

используя свою специфически отстроенную сенсорную систему. Совершенствуются периферические сенсорные направления, мир воспринимается дискретными сигналами, несвязанными ни в рамках одной сенсорной системы, ни в синтезе различных систем. Стереотипии занимают существенное, главенствующее место в общей «сенсорике» аутичного ребенка. «Замещающие» стереотипии практически полностью вытесняют внешние сенсорные стимулы, «подкрепляющие» – обеспечивают стабильное самоощущение, не препятствуя восприятию внешней информации.

В международной и отечественной практике существует множество подтверждений представления об искаженном механизме восприятия у аутичных детей [1; 2; 3; 4; 5; 7; 10;11].

Как отмечают О.С. Никольская и ее коллеги, развитие восприятия аутичного ребенка сопровождается нарушением ориентировки в пространстве, искажением целостной картины реального предметного мира, а также изоощренным вычленением отдельных ощущений собственного тела и звуков, красок или форм окружающих вещей [8].

В отечественной практике один из основных подходов к коррекции состояния детей с аутизмом исходными нарушениями был предложен в Институте коррекционной педагогики К.С. Лебединской, а затем продолжен и развит О.С. Никольской и сотрудниками ее лаборатории. Суть подхода заключается, в своего рода, лечебном воспитании ребенка, направленном на развитие осмысленного взаимодействия ребенка с окружающим миром. Первой задачей является установление эмоционального контакта с ребенком. Специалист привлекает внимание ребенка сначала не к себе, а к приятному сенсорному эффекту, насыщая ребенка разнообразными сенсорными впечатлениями, в том числе путем зрительной, вестибулярной и звуковой стимуляции, при этом постоянно отслеживая реакцию ребенка. Во время работы специалист связывает себя, свое лицо, улыбку, голос с привычной аутостимуляцией ребенка. Установление и развитие эмоциональной связи дает специалисту возможность помочь аутичному ребенку перейти от защиты к постепенному освоению мира.

Описание метода коррекции нарушений развития сенсорных систем у детей с расстройствами аутистического спектра.

Предлагаемый метод способствует установлению эмоционального контакта с ребенком, имеющим расстройства аутистического спектра, с помощью специфической стимуляции его сенсорных систем. Применение метода позволяет перестроить систему восприятия аутичного ребенка, приблизив ее к нормальной схеме, снять вызываемую определенными сенсорными стимулами тревожность и значительно повысить концентрацию внимания и, как следствие, обучаемость ребенка.

Существует целый ряд методов, направленных на стимуляцию развития сенсорных систем у аутистов. Наиболее близким к предлагаемому способу представляется подход к коррекции детского аутизма, предложенный психологом Делагато [11]. Карл Делагато утверждает, что работа по коррекции сенсорного восприятия необходима для обеспечения возможности взаимодействия ребенка с педагогами и социальным окружением.

Согласно Делагато, каждый из основных сенсорных каналов аутичного ребенка может находиться в одном из трех состояний: гипочувствительность, гиперчувствительность или зашумленность («белый шум»). Исходя из этого положения, предлагается определенным образом (в зависимости от характера изменения) стимулировать каждый сенсорный канал, добиваясь устойчивых реакций. Но у аутичного ребенка остается возможность игнорирования терапевтического воздействия, осуществляемого в рамках одного сенсорного канала (благодаря описанному выше механизму), что существенно снижает эффективность терапевтического процесса.

Однако, по-моему мнению, патологические изменения сенсорного восприятия у аутичных детей характеризуются иначе: в отличие от способа, разработанного Делагато, утверждающего, что патологические изменения происходят в целом в каждом сенсорном канале (зрительном, слуховом и т.д.), в основе способа, представленного в данной статье, лежит концепция периферического акцента,

формируемого ребенком с использованием механизма «игнорирование-фиксация»: патологические изменения происходят в механизме функционирования каждого сенсорного канала в отдельности за счет выделения периферического (наименее информативного) направления и использования его в качестве основного.

Этот же принцип позволяет ребенку, имеющему расстройство аутистического спектра, эффективно «защищаться» от избыточности сенсорного восприятия вообще за счет формирования «дезинтегративного» механизма восприятия в целом.

В предлагаемом способе коррекции воздействие осуществляется на направления / зоны «фиксации» (в рамках каждого сенсорного канала), в результате чего эффективность коррекции существенно возрастает. Аутичный ребенок не имеет возможности проигнорировать оказываемое воздействие и вынужден взаимодействовать с терапевтом.

В процессе работы с аутичными детьми мной было обнаружено, что нарушения восприятия аутистического спектра могут быть скорректированы путем специфического взаимодействия специалиста и ребенка, при котором специалист оказывает воздействие на сенсорные системы, формируя стимулы в соответствующих зонах периферической и фронтальной чувствительности. Метод получил название «Соматосенсорная коррекция».

Целью взаимодействия является стимулирование последовательного адекватного развития сенсорных систем ребенка, схожего с естественным развитием, соответствующим определенным этапам онтогенеза. При этом особое внимание уделяется формированию соотнесенности в сенсорном восприятии, синтезу различных сенсорных систем (в первую очередь, зрительного, слухового, тактильного и кинестетического восприятия, поскольку именно эти системы используются человеком для пространственной локализации) и формированию фронтального сенсорного направления как приоритетного. Помимо этого, существенное внимание уделяется совершенствованию механизмов фронтального взаимодействия ребенка со специалистом.

В качестве стимулов используются в первую очередь лицо и ладони рук специалиста, положение его тела в пространстве относительно ребенка, различные звуки, издаваемые специалистом (хлопки и т.п.). Способ учитывает онтогенетически закрепленную потребность ребенка в установлении первичного контакта со взрослым на ранних этапах онтогенеза, ориентируясь на лицо и глаза взрослого.

Таким образом, помимо задач, связанных с развитием сенсорики ребенка, в процессе занятий заново выстраивается коммуникативный стереотип, в норме формирующийся на первом году жизни. Способ направлен на решение следующих основных задач:

1. Перенос области концентрации внимания ребенка из периферических областей восприятия во фронтальную, что является также основой для формирования бинокулярности зрения и бинауральности слуха. За счет этого достигается улучшение восприятия мира в соответствующем нормальному развитию направлении и, таким образом, улучшение произвольной деятельности ребенка.

2. Формирование сочетанности и согласованности в работе сенсорных систем. Способ позволяет буквально «вытолкнуть» аутиста из привычных, но дезинтегрированных периферических зон восприятия, и пользуясь возникающей возможностью фронтальной фиксации, сформировать связанность сенсорных систем по всему пространству. В свою очередь, обогащение сенсорного опыта ребенка способствует формированию и укреплению процессов целеполагания и аффективного самоконтроля.

3. За счет формирования цельной сенсорной системы и аффективного самоконтроля у ребенка возникает цельный узнаваемый образ мира, что позволяет ему ощутить собственное место в структуре отношений с внешним миром. При возникновении понимания у ребенка (в результате улучшения распознавания поступающих сигналов) происходит снятие тревожного перенапряжения, вызванного непониманием информации, поступающей с периферических направлений восприятия; высво-

бождаются силы, расходуемые на компенсацию тревожности, возникающей в результате непонимания.

Можно выделить следующие основные этапы реализации метода соматосенсорной коррекции:

1. Внедрение в периферическое пространство ребенка и установление контакта специалиста с ребенком в периферических зонах восприятия.

2. Формирование устойчивых схем с интегрированного восприятия (по зрительному, слуховому и тактильному анализаторам) в периферических областях как наиболее «освоенных» ребенком с расстройством аутистического спектра.

3. Выведение сформированных схем синтезированного восприятия во фронтальное направление. Создание условий для формирования адекватной произвольной деятельности во фронтальном направлении.

Для достижения устойчивой положительной динамики оптимально проведение 20–30-минутных индивидуальных сеансов с частотой 1–2 раза в неделю. Во время сеанса специалист, встраиваясь в собственную двигательную активность ребенка, быстрыми движениями рук (чтобы не успел сработать механизм игнорирования) стимулирует зоны периферической чувствительности зрительного анализатора; шуршанием пальцев в определенных позициях относительно головы ребенка, хлопками, голосом стимулирует периферические зоны восприятия слухового анализатора; нажатием пальцев на определенные точки на теле ребенка (как правило, в направлении от проксимальных отделов к дистальным) стимулируется периферическая зона чувствительности тактильного анализатора.

Для большего акцентирования и пространственной локализации могут использоваться различные музыкальные инструменты с учетом особенностей их восприятия человеком (колокольчики, варган, флейта, перкуссия).

В процессе воздействия происходит последовательное совмещение различных сенсорных стимулов в определенных точках пространства

относительно тела ребенка. Для достижения целостности гемисферального пространства специалист периодически перемещается относительно сагиттальной плоскости тела ребенка. При этом приоритетно формируется синтезированное (цельное) восприятие во фронтальном направлении, создаются условия для формирования бинокулярного зрения и бинаурального слуха.

Все действия осуществляются в процессе обычной деятельности ребенка, чтобы он не сосредотачивался на игнорировании стимулов.

Результативность воздействия может быть оценена последующим основным показателям:

1. Снижение психоэмоционального напряжения у пациента и тревожности в целом;
2. Значительное улучшение обучаемости, в том числе подражания и интереса к внешним объектам, а также усложнение схем действий;
3. Улучшение в коммуникативной сфере (появляется / становится более устойчивым глазной контакт; появляется инициатива в контакте). Первые изменения могут наблюдаться после проведения уже 1–6 сеансов, а стойкие ощутимые изменения обычно начинаются через 2–3 месяца после начала терапии.

Процесс коррекции можно разделить на 4 этапа:

1. Дискомфортный период – установление «языка взаимодействия» между специалистом и ребенком. Обязательное условие для повышения комфорта, обеспечения ощущения безопасности, ребенка – присутствие на сеансе матери (родителей).

2. Начало взаимодействия. Происходит закрепление «общей системы координат» ребенка и специалиста, при этом система пространственных и регуляторных представлений ребенка начинает перестраиваться. На этом этапе у ребенка может наблюдаться некоторая потеря координации, а также резкое усиление аутостимуляций как способа компенсации тревожности, возросшей в результате изменений. Как справедливо отмечает О.С. Никольская, проявления стереотипности можно рассматривать не только как сигналы болезненного регресса, но,

напротив, как возможные признаки активизации и усложнения отношений с миром. На этом этапе важно подключать к реабилитации других специалистов, чтобы способствовать формированию у ребенка новых моделей поведения взамен аутостимуляций.

3. Период устойчивого развития. В среднем начинается через 6–7 сеансов (1,5–2 месяца). Наблюдается устойчивое взаимодействие с терапевтом и, как следствие, устойчивая позитивная динамика: постепенное снижение количества аутостимуляций и использование их ребенком преимущественно в качестве «подкрепляющих».

4. Постепенная десенсибилизация специфических для аутичных детей сенсорных направлений (прежде всего, периферических), что, в свою очередь, приводит к уменьшению возможности терапевтического воздействия (ребенок начинает пользоваться фронтальным зрением как основным, а стимулы с периферических зрительных и слуховых зон перестают быть избыточными).

Сам способ сначала просто «пробивает» аутичную защиту, однако по мере того как у ребенка открываются новые сенсорные возможности, появляется потребность в их реализации, насыщении. На этом этапе принципиально увеличивать интенсивность информационного воздействия на ребенка с помощью занятий с дефектологом. Ребенка следует поместить в соответствующую возрастным потребностям социальную среду (например, в группу детского сада), стимулировать формирование коммуникативных навыков ит. д. Проведение дополнительных занятий с логопедом, дефектологом и другими специалистами, использующими когнитивно-ориентированные методики, особенно необходимо в тех случаях, когда возраст ребенка на момент начала занятий превышает 4 года.

Постепенно описанный способ переходит из основного в поддерживающий, обеспечивающий открытость и дальнейшее саморазвитие процессов сенсорной интеграции.

Целью применения метода является восстановление у ребенка характерного для нормального развития механизма сенсорного восприя-

тия, в том числе достижение сенсорной интеграции стимулов по трем сенсорным направлениям (зрительному, слуховому и тактильному), что ведет к снижению тревожности в восприятии внешнего мира, к существенному увеличению исследовательской активности, улучшению коммуникативных возможностей, к общей нормализации эмоционального состояния и увеличению объема произвольных действий. Как следствие, отмечается рост успешности в процессе занятий с логопедами, дефектологами и другими специалистами, использующими когнитивно-ориентированные методики. Улучшение психоэмоционального состояния повышает шансы детей с РАС на благополучный процесс интеграции в дошкольные и школьные учреждения общего вида.

В случае аутичных проявлений у детей с нарушениями развития органического генеза может быть необходимо продолжать занятия в «фоновом» режиме, т.к. у многих детей наблюдается тенденция к сужению пространства восприятия. При этом доминанта периферического восприятия не возвращается, связанность сенсорных стимулов не нарушается, однако при прекращении занятий все же наблюдается сужение активного сенсорного пространства.

Способ соматосенсорной коррекции детей с нарушениями в развитии, в первую очередь, аутистического спектра, разрабатывается и совершенствуется на протяжении 18-ти лет в Центре реабилитации инвалидов детства «Наш Солнечный Мир». За время применения способа в коррекционной практике положительная динамика разной степени наблюдалась у большинства детей, имеющих РАС (близко к 90%).

В диагностике и наблюдении за процессом развития аутичных детей, к сожалению, электрофизиологические и другие инструментальные методы исследования являются низкоинформативными. Поэтому в настоящее время, в том числе и в международной практике, основным методом оценки состояния детей-аутистов является метод клинических наблюдений. За 18 лет метод соматосенсорной коррекции применялся в работе с более чем 300 детей. Ниже приведено несколько примеров.

Пример 1

Ребенок Г.Д., возраст 8,5 лет. Начал заниматься с 4,5 лет. На момент начала занятий: диагноз аутизм (2-я группа по классификации О.С. Никольской). Крайне высокая степень тревожности, постоянные истерики с элементами аутоагрессии. Требовал постоянного присутствия матери рядом, крайне негативно реагировал на непонятные звуки, перемену освещения, громкий голос. Отсутствовал глазной контакт, в речи преобладали эхολалийные формы. Условно контактировал только с матерью: требовал от нее выполнения инструкций, в основном, противоречивого характера («принести-унести»). До начала терапии консультировался у различных специалистов: везде подтверждался диагноз аутизм, назначалась терапия нейрорептиками и, по возможности, занятия с дефектологом. Однако все попытки организовать такие занятия заканчивались неудачей, т.к. ребенок не мог выстроить диалог с педагогом. Занятия по методу соматосенсорной коррекции проводятся с ребенком на протяжении 3-х лет с частотой 1–2 раза в неделю. Положительная динамика наблюдалась специалистами и родителями практически сразу после начала занятий. Постепенно уменьшились общая тревожность, категоричность в требованиях ребенка, улучшались коммуникативные и когнитивные способности. На определенном этапе стали возможны занятия с логопедом-дефектологом. В возрасте 6,5 лет ребенок начал посещать занятия в группе по подготовке к школе. В 7,5 лет продолжил обучение в 1-м классе общеобразовательной школы. Сейчас, когда мальчику 8,5 лет, он имеет ряд особенностей в поведенческой сфере, однако диагностируется специалистами как ребенок с ЗПР (задержка психического развития) с возможностью в перспективе «догнать» свою возрастную норму.

Пример 2

Ребенок П.Р., возраст 5 лет. Начала заниматься с 3-х лет. До начала занятий была обследована в Институте коррекционной педагогики РАО. Поставлен диагноз аутизм, назначено лечение нейрорептиками. Ребенок крайне тревожен, с частыми истериками, высокой степенью психо-

эмоционального напряжения, у нее отмечалось значительное количество стереотипных движений и действий, глазной контакт отсутствовал, обучение было крайне затруднено в силу невозможности установления контакта, достаточного для диалога. Через месяц после осмотра начала посещать занятия по методике соматосенсорной коррекции. Занятия проводятся с ребенком на протяжении 1,5 лет с частотой 1–2 раза в неделю. За время занятий, по оценке родителей и наблюдающих специалистов, девочка значительно изменилась: она начала пользоваться фронтальным зрительным направлением как приоритетным, появился устойчивый глазной контакт, улучшилась предметно-манипулятивная деятельность, активно развиваются игровая деятельность и коммуникативные навыки, существенно улучшились процессы психоэмоциональной саморегуляции, общий эмоциональный фон. Ребенок посещает среднюю группу детского сада общего вида. В целом в настоящее время (сейчас девочке 5 лет) диагностируемый уровень развития соответствует возрасту 3,5 лет. На данный момент у ребенка практически полностью отсутствуют поведенческие признаки, типичные для аутистов, и это позволяет ей на одном уровне с другими детьми участвовать в развивающих занятиях в группе детского сада. Диагностируемое состояние соответствует общей задержке психоречевого развития (ЗПР), с постоянной положительной динамикой в развитии. В перспективе ситуация видится благоприятной для последующей интеграции ребенка в обычную социальную среду и предполагается дальнейшее развитие с незначительным отставанием от возрастной нормы.

Пример 3

Ребенок А.Б., возраст 7 лет. Начал заниматься в возрасте 5-ти лет. Диагноз на момент начала занятий: последствия ДЦП (спастическая форма), атипичный аутизм. Наблюдались: высокая степень тревожности, истеричность, отсутствие глазного контакта, большое количество ауто-стимуляций, отсутствие речи и коммуникативных навыков, практически полное отсутствие понимания обращенной речи. Помимо этого, имелись значительные изменения в моторной сфере: повышенный мышечный

тонус, хождение на цыпочках. Занятия по методике «Соматосенсорная коррекция» проводятся с ребенком на протяжении 2-х лет с частотой 1–2 раза в неделю. За время занятий у мальчика существенно снизилась тревожность, появился устойчивый глазной контакт, фронтальное зрительное направление установилось как приоритетное, значительно улучшились понимание обращенной речи и адекватность поведения, появились попытки самостоятельной речи. По-моему мнению, в данном случае можно ожидать дальнейшей положительной динамики в развитии ребенка при условии продолжения занятий соматосенсорной коррекцией в фоновом режиме (1–2 раза в месяц), поскольку при прекращении занятий у ребенка наблюдается тенденция к «сворачиванию пространства восприятия» (что типично для детей, аутистические проявления которых связаны с органической природой нарушения).

Заключение

...в пустом коридоре, по которому идет ребенок, возникает человек, сперва как неясный расплывчатый образ (призрак, фантом, поэтому он поначалу не так опасен, но пугает неясностью форм и намерений), становящийся все более и более явственным. Человек берет ребенка за руку и начинает показывать ему объекты за стенами коридора, прояснять цельность их природы. Стены начинают изменяться, становятся более прозрачными. За ними начинают угадываться объекты внешнего мира.

Особенность метода соматосенсорной коррекции в том, что мы не добиваемся полного разрушения стен – это слишком травматично. Мы не имеем права оставить ребенка в беззащитном самоощущении. В идеале, узнав о существовании внешнего мира, ребенок научается регулировать «прозрачность» стен, изменяя этот параметр в зависимости от собственного состояния. Это обеспечивается ненасильственным характером «проникновения» терапевта в пространство ребенка. Если ребенок замирает, вслушиваясь в возникающие ощущения, терапевт делает паузу, покидая на время зону контакта.

Литература

1. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет / Е.Р. Баенская // Дефектология. – М., 1995. – № 5.
2. Башина В.М. Ранний детский аутизм / В.М. Башина // Исцеление: Альманах. – М., 1993.
3. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика / О. Богдашина. – Донецк, 1999. – 112 с.
4. Гилберг К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс. – СПб., 1998. – 124 с.
5. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм. Нарушения эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема: дис. ... канд. псих. наук / К.С. Лебединская. – М., 1992.
6. Лебединская К.С. Диагностическая карта. Исследование ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991.
7. Манелис Н.Г. Ранний детский аутизм: психологические и нейропсихологические механизмы / Н.Г. Манелис // Школа здоровья. – 1999. – № 2.
8. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Путипомощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2000. – 227 с.
9. Bailey A, et al. Clinicopathological Study of Autism / Brain. 121.1998.
10. Coleman M., Gillberg C. The Biology of the Autistic Syndromes. Praeger, 1985.
11. Delacato C.H. The Ultimate Stranger; the Autistic Child. Garden City, – N.Y., Doubleday, 1974.
12. Houzel D. Le monde tourbillonnaire de l'autisme, in «Approche psychanalytique de l'autisme infantile», Lieux de l'enfance, n 3, 1985.

Максимова Е.В. Диагностика нарушения восприятия особых детей с опорой на теорию построения движений Н.А. Бернштейна / Е.В. Максимова. – М., 2011. – С. 95–98.

Уровни построения движений, предложенные Н.А. Бернштейном, можно рассматривать, как уровни построения психики человека. [Бернштейн Н.А., 1947; Зинченко В.П., 1997; Гиппенрейтер Ю.Б., 2002; Максимова Е.В., 2008]. Из опыта работы по диагностике и коррекции детей, имеющих нарушения аутистического спектра, мы видим, что особенно важно для формирования сознания и психики ребенка:

а) сохранность протопатического восприятия, глубокой чувствительности и вестибулярного отолитового восприятия уровня А;

б) сохранность центрального зрения уровня пространственного поля С. [Архипов Б.А. с соавт, 2010; Меграбян А.А., 1962, Тхостов А.Ш., 2002; Зинченко В.П., Леви Т.С., 2007; Журавлев И.В., Тхостов А.Ш., 2004].

Мы наблюдаем тесную функциональную зависимость уровня пространственного поля (С) от уровня тонической регуляции (А): афферентный синтез уровня С, составной частью которого является центральное зрение, включается только при достаточной тонической подпитке уровня А (Архипов Б.А. с соавт, 2010).

Протопатическую, глубокую, чувствительность (уровень А) считают основой для восприятия человеком СЕБЯ, поскольку она включена постоянно, то и постоянно информирует человека о состоянии своего тела [Меграбян А.А., 1962, Тхостов А.Ш., 2002]. Эти же авторы отмечают, что явления деперсонализации, как правило, сопровождаются нарушениями восприятия протопатической чувствительности.

При нарушении тонуса мышц глаза – возникают нарушения зрительного восприятия: трудности конвергенции двух глаз на одном объекте, трудности слежения за объектом, нарушаются процессы узнавания объектов. Если конвергенции глаз на одном объекте не происходит, то

часто можно наблюдать, что на объекты правой стороны ребенок смотрит правым глазом, на объекты левой стороны – левым глазом. В тяжелом случае, это ведет за собой и разделение сознания. Например, ребенок подходит к зеркалу и смотрит в него то одним, то другим глазом – при этом он разговаривает – с одного глаза высоким детским голосом, с другого – низким спокойным. Другой вариант разделения сознания при нарушении зрительного восприятия мы наблюдали у ребенка, у которого были сохранены 1 и 4 зона зрительного восприятия, и практически выпадали 2 и 4. Здесь мы наблюдали также два сознания – одно совсем детское, на уровне «дай, хочу» + капризы, другое – почти взрослое, даже абстрактное, фантазийное. Работать с ребенком можно было или в близкой зоне, или в дальней. Работа в средней зоне вызывала множественные страхи, агрессию, самоагрессию.

Коррекционная работа только на уровне А приводит к тому, что у большинства детей с аутизмом исчезают страхи, связанные с неопознанностью СЕБЯ, с неопознанностью объектов пространства. Появляется любопытство к людям и объектам в пространстве, исследовательское поведение. Формируется интонированное звучание, желание общения, в том числе речевого. Исчезает амимия лица. Поведение определяется социальной ссылкой на значимых взрослых. Дальнейшее развитие и социализация ребенка зависят от возраста, в котором была начата коррекция и от социального окружения ребенка.

Поэтому при консультировании детей мы уделяем особое внимание диагностике восприятия уровней А – глубокая чувствительность и тонический ответ тела; и уровня С – в первую очередь, центральное зрение.

Для диагностики нарушений глубокой чувствительности определяется время практически любого двигательного ответа при плотном зажиме пальца ребенка (посмотрел на место зажима, потянул пальчик или т.п.). Для диагностики формирования целостности при построении тонического ответа определяется время целостного двигательного ответа при плотном зажиме пальца ребенка – все тело ребенка напрягается, и он

вытаскивает пальчик из руки взрослого. Для диагностики формирования опорных позно-тонических ответов тела – также используем описанную выше пробу зажима пальчика ребенка. Но здесь мы смотрим на позу ребенка при формировании общего напряжения – может ли он опираться на стопы, на колени, на таз и т.п. То мы можем определить, какие опорные поверхности своего тела может использовать ребенок при формировании тонического напряжения всего тела. Для диагностики формирования шейных позно-тонических рефлексов мы зажимаем сразу два пальчика ребенка и следим, чтобы ребенок вытаскивал у нас сразу два пальчика вместе. Ребенок может вытащить одновременно два пальца только при включении тонической постуральной мускулатуры позвоночника («оси тела»). Со спины ребенка видно, как расслабляется и одновременно вытягивается спина в области позвоночника. Для диагностики формирования вестибулярных позно-тонических рефлексов – тело ребенка вертикально, он при этом сидит или стоит; мы неожиданно наклоняем тело ребенка в сторону и смотрим, вызывает ли это изменение положения тела страх, может ли ребенок восстановить прямое положение тела, выровняв себя головой, сколько времени уходит у ребенка на выравнивание головы – приведение головы в обычное вертикальное положение.

Диагностика центрального зрения проводится врачом. Из опыта работы, по результатам выпадений, были выделены зоны зрительного восприятия по удаленности от глаз ребенка: 1 зона – то, что видит ребенок, когда лежа приподнимет голову; 2 зона – то, что видит ребенок, когда лежа приподнимается с опорой на локти; 3 зона – куда можно дотянуться рукой; или то, что видит ребенок, когда сидит; 4 зона – то, что видит ребенок, когда стоит. Внимательно исследуются во всех зонах: возможность конвергенции двух глаз на одной цели, возможность слежения за целью, обращается внимание на целостность движений слежения, возможности зрительно моторной координации – дотронуться пальцем до молоточка, следовать пальцем за молоточком, дотронуться до молоточка двумя пальцами и т.п.

Восстановление эмоционального реагирования определяли по появлению / снижению: тревожности, страхов, социальной улыбки, интонаций звучания, интонаций плача, смеха, любопытства, радости в социальных контактах и др.

При коррекционной работе по целостному восприятию своего тела у детей исчезают страхи, связанные с «отсутствием, не обнаружением себя в пространстве». При коррекционной работе, при построении целостного зрительного восприятия, исчезают признаки расщепления сознания. При коррекционной работе по восстановлению целостного зрительного и слухового восприятия всех зон, сначала уменьшаются, а затем исчезают страхи, связанные с объектами в пространстве.

Литература

1. Архипов А.Б. Нарушения восприятия себя, как основная причина формирования искаженного психического развития особых детей / А.Б. Архипова, Е.В. Максимова, Н.Е. Семенова. – М.: Диалог–МИФИ, 2011. – 64 с.
2. Бернштейн Н.А. О построении движений / Н.А. Бернштейн. – М.: Медгиз, 1947. – 254 с.
3. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. Курс лекций / Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: «ЧеРо», при участии издательства «Юрайт», 2002. – 336 с.
4. Журавлев И.В. Субъективность как граница: топологическая и генетическая модели / И.В. Журавлев, А.Ш. Тхостов // Психологический журнал, – 2004. – Т. 24. – № 3. – С. 5–12.
5. Зинченко В.П. Послесловие / В.П. Зинченко // Биомеханика и физиология движений. Под ред. В.П. Зинченко. М.: Издательство «Институт практической психологии», – Воронеж, 1997. – 608 с.
6. Зинченко В.П. Психология телесности между душой и телом / В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М., 2007.
7. Меграбян А.А. Деперсонализация / А.А. Менрабян. – Ереван: Армянское государственное издательство, 1962. – 283 с.

8. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

Афони́на М.А. Доступная среда и инклюзивный парк для досуга людей с ОВЗ / М.А. Афони́на, Л.В. Петрова, Е.А. Осипова // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15. – № 4. – С. 61–68.

Аннотация. В настоящее время много внимания уделяется адаптации среды к потребностям людей с ограниченными возможностями здоровья. Комплексный подход к решению проблем интеграции детей и взрослых с ограничениями, наряду со многими факторами, предполагает также и организацию доступных форм досуга. Вопросы организации среды и расширения возможностей проведения досуга решают и ландшафтные архитекторы. До сих пор задачи организации доступной среды частично удавалось реализовать в отношении людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, слуха и зрения. В статье раскрывается понятие «инклюзивный парк», описаны задачи, которые ставили перед собой создатели при его организации для людей с ограниченными возможностями здоровья разных категорий, в том числе для людей с ментальной инвалидностью и с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, аутизм, инклюзивная среда, ландшафтный дизайн, сенсорная интеграция, адаптация, парковая среда

Рекреационные зоны и места отдыха, такие как парки и скверы, демонстрируют актуальные способности социума ориентироваться на потребности разных членов общества. В среде, где необходимо создание комфортных условий для всех посетителей, поскольку каждый приходит, чтобы провести время в обстановке, способствующей отдыху, становится очевидным, что не все потребности людей с ограниченными возможностями здоровья учитываются. Если говорить о технической стороне вопроса, то индикатором доступ-

ности посещения зон отдыха будет наличие пандусов и логичной навигации. Если же вести речь о фактической стороне, то для людей с психофизическими нарушениями такого оборудования недостаточно. Для того чтобы насытить среду интересными и полезными для них компонентами, необходимо проанализировать основные и крайне разнообразные потребности людей с психофизическими нарушениями. Ведь именно понимание потребностей людей с такими категориями ОВЗ как: расстройства аутистического спектра, задержка развития, интеллектуальное снижение, психические расстройства, ДЦП, сочетанные нарушения, позволяет обеспечить парки и зоны отдыха именно тем оснащением и условиями, что будут способствовать их полноценному участию в социальной жизни и интеграции в общество.

Начиная с 2009 года, в России разрабатывается тема адаптации городской среды для людей с различными формами ОВЗ. Так, в 2011 году принята государственная программа «Доступная среда», продленная до 2020 года. [10]

В рамках данной программы основными задачами являются:

- обеспечение равного доступа инвалидов к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;
- обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным и абилитационным услугам, включая обеспечение равного доступа к профессиональному развитию и трудоустройству;
- обеспечение объективности и прозрачности деятельности учреждений медико-социальной экспертизы.

В ходе программы «Доступная среда» бульвары застелили тактильной плиткой для слабовидящих и незрячих, у отдельных лестниц разработали съезды для людей на колясках и поручни для упора, а также в некоторых общественных местах установили информационные стенды с дублированной шрифтом Брайля информацией. В обществе сформировалось мнение, что основные проблемы учтены, и теперь осталось только распространить опыт, но, к сожалению, это

не так: до сих пор нет четкого понимания, какая именно нужна «доступная среда», например, людям с ментальными нарушениями. И в отношении людей с психофизическими и интеллектуальными нарушениями не произошло ожидаемых изменений, поскольку самой трудной задачей является установление критериев оценки доступности среды для таких категорий людей с ОВЗ.

Все дизайн-решения, использованные при конструировании объектов доступной среды, распространились и на парки. Приемы адаптации среды, применяемые в парковом строительстве, практически идентичны тем, которые можно наблюдать на улицах. Ведь основой при проектировании парков зачастую является либо наименьшее по затратам благоустройство, либо инновационные планировочные решения для привлечения большего числа посетителей. Фактор доступности при этом не всегда учитывается. Про нее или вообще забывают, как в случае с некоторыми новыми парками Москвы, или в последний момент применяют стандартные приемы по нормам МГ (СП 59.13330.2016. Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения) [11]. В новом парке Москвы перемещение людей на коляске практически невозможно: парк имеет крутой рельеф и множество лестниц.

Получается, что далеко не любой парк может называться инклюзивным. Поэтому необходимо четко обозначить, сперва на стадии проектирования, а затем на стадии эксплуатации, «сектор возможностей» для людей с ОВЗ, предоставляемых тем или иным парком. Из этого необходимо сформировать понятие «инклюзивный парк», то есть парк, в котором все группы населения могут комфортно проводить свой досуг.

Сенсорный сад

Параллельно с инклюзивными детскими площадками в сфере ландшафтного дизайна в России примерно с 2013 года появилось такое направление как «сенсорные сады». Данный вид садов предполагает создание среды, в которой все элементы направлены на воздействие на один или несколько сенсорных каналов.

Это могут быть модули, заполненные камнем, песком или опилками, приподнятые клумбы, тактильные покрытия и подвесные конструкции. Все это может использоваться как для игры, так и для отдыха.

На протяжении уже нескольких лет, в летний период фонд садовой терапии «Сад в городе» открывает в столичных парках модульные сенсорные сады [8].

Сенсорные сады классифицируют по количеству каналов восприятия, на которые они воздействуют в первую очередь:

- моносенсорный – предполагает активацию одного органа восприятия, например, сад ароматных цветов (обоняние),
- дуо-сенсорный – сад, разделенный на две зоны, каждая для отдельного восприятия одним органом чувств, например, зона ароматных трав и тактильная зона с дорожками из мха и коры (обоняние, осязание)
- полисенсорный – для каждого сенсорного канала предполагается отдельная зона (рассчитан на воздействие на все 5 органов чувств).

Такие сады и приемы ландшафтного планирования очень часто используются психологами в программах реабилитации детей с ОВЗ, в частности, с РАС. Примером может служить «Сенсорный сад», открытый в 2014 году на базе Центра психолого-медико-социального сопровождения в Смоленске. Сад поделен на несколько тематических зон: города, деревни, моря, леса, пустыни, ботанический сад и ароматоны. Основной акцент в этом саду сделан на знакомство с природными материалами. На его территории расположены дорожки, посыпанные песком, камнями, глиной, опилками и шишками, есть небольшой декоративный пруд и зоны, имитирующие городскую и сельскую среду [12].

Восполнение недостатков сенсорного опыта – одна из наиболее важных задач в развитии человека с особенностями психофизического развития. Процесс анализа всего сенсорного опыта, а также его участие в формировании более точного действия, обеспечивающего необходимый уровень адаптации, называется «сенсорной интеграцией». В норме сенсорная интеграция происходит спонтанно. Но в отношении человека с ментальными нарушениями с уверенностью можно сказать, что про-

цесс сенсорной интеграции будет затруднен, поскольку его нервная система не обладает достаточным уровнем развития и зрелости. Для того чтобы обеспечить ребенку с ОВЗ необходимый для его развития сенсорный опыт, нужно насытить все окружающее его пространство разнообразными стимулами, которые будут провоцировать ребенка на взаимодействие, а, следовательно, формировать его сенсорный опыт.

Сенсорные зоны

Следует отметить, что, несмотря на разнообразие трудностей формирования сенсорного опыта у разных категорий детей с ОВЗ, общими являются трудности восприятия и обработки сенсорной информации, это гиперчувствительность, часто встречающаяся у людей с РАС, и пониженная чувствительность, встречающаяся при сложных сочетанных нарушениях интеллекта и сенсорных систем.

При расстройствах аутистического спектра самой частой проблемой является неравномерное формирование сенсорного опыта, часто периферийные стимулы являются более значимыми, чем прямые, это создает не только трудности восприятия целого опыта, но и влияет на формирование связи сенсорного и эмоционального контекста, закрепляя патологическую связь между травмирующим сенсорным опытом и его эмоциональным переживанием.

Именно поэтому, создавая в общем для всех пространстве отдельные сенсорные зоны, мы поддерживаем стратегию помощи детям с ОВЗ в восполнении сенсорного опыта, а также существенно влияем на отладку процесса интеграции, поскольку сенсорный опыт в равной степени интересен и важен для детей с ОВЗ и их нейротипичных сверстников. В таких «зонах получения сенсорного опыта» будет формироваться равная среда для всех категорий посетителей.

Практически все дети имеют трудности равномерного формирования сенсорного опыта. Это связано, в первую очередь, с особенностями среды, в которой протекает развитие ребенка. Городская среда не имеет достаточных стимулов для разнообразного и равномерного развития, а чаще имеет гипертрофированные стимулы, привлекающие излишнее

внимание, вызывающие сенсорную перегрузку одного сенсорного канала и недогрузку другого. Нарушение процесса сенсорной интеграции может стать основой для других трудностей адаптации, препятствием в развитии познавательной сферы и высших психических функций, таких как память, мышление и внимание. Поэтому распределение сенсорной нагрузки в дифференцированных «сенсорных зонах» в парках и зонах отдыха будет способствовать улучшению качества жизни всех членов общества, а не только людей с ОВЗ.

Многофункциональный парк в Москве с интеграцией сенсорных зон для с РАС

Опыт адаптации детских площадок и «сенсорных садов» – это база для создания целостного паркового пространства, в котором будет осуществляться полноценная интеграция людей с ОВЗ в повседневную жизнь общества.

Поэтому необходимо вывести некоторую единую систему, в которой все детские площадки, парки, скверы и бульвары будут включать не только пандусы и тактильную плитку, но и зоны, предназначенные для людей со всеми видами психофизических нарушений, для их самостоятельной игры и исследования окружающей среды.

В 2017 году, на защите выпускных квалификационных работ бакалавров-специалистов по ландшафтной архитектуре в Государственном университете по землеустройству был представлен проект, учитывающий все описанные аспекты (автор – студентка 4-го курса М.А. Афони́на, руководитель – кандидат архитектуры, профессор Л.В. Петрова) «Многофункциональный парк с интеграцией сенсорных зон для детей-аутистов в Москве». Перед студенткой стояла задача организовать пространство так, чтобы в нем могли комфортно себя чувствовать жители близлежащих районов, для которых парк – это зона повседневного досуга, и при этом создавались бы условия для детей с ОВЗ, которые живут в ближайших домах или приезжают из других районов Москвы.

Итогом работы стал проект полноценного парка площадью в 9 га,

в котором центральной является зона со сценой и выставочными и торговыми павильонами для работ людей с ОВЗ, сенсорные зоны, созданные с учетом потребностей всех категорий детей с ОВЗ, а также их сверстников без особенностей развития. Предусмотрены места уединения и сенсорной разгрузки, и при этом в парке спроектированы несколько теннисных и баскетбольных кортов, детские площадки, скейт-площадки. Для комфортного досуга любителей животных спланированы места для выгула собак. Так же, как и в обычных парках, в проектируемом многофункциональном парке есть фонтаны, беседки и теневые навесы. Проект представляет развитую систему, в рамках которой любой посетитель может найти себе развлечение и комфортный отдых.

Теоретический проект «Многофункциональный парк с интеграцией сенсорных зон для детей-аутистов в Москве» – модель, учитывающая разнообразные аспекты и потребности различных категорий граждан, от которой можно отталкиваться при проектировании объектов с аналогичными задачами.

Такой комплексный подход дает новое направление общего социального развития. И позволяет перейти от решения проблем к плодотворному сосуществованию людей с ОВЗ и общества в целом.

Литература

1. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э.Дж. Айрес. – М.: Теревинф, 2017. – 272 с.
2. Банди А. Сенсорная интеграция: теория и практика /А. Банди, Ш. Лейн. Э. Мюррей. – М.: Теревинф, 2017. – 768 с.
3. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы. – URL: <http://www.zhit-vmeste.ru/> (дата обращения: 15.12.2017)
4. Играем вместе: инклюзивные детские площадки в Москве. – URL: <http://philanthropy.ru/analysis/2017/09/06/54169/> (дата обращения: 10.12.2017).
5. Инклюзивная детская игровая площадка открылась на ВДНХ

в Москве. URL: <http://tass.ru/moskva/3660416> (дата обращения: 12.12.2017).

6. Каспер Н.В., Архитектурно-пространственная среда учреждений ранней помощи детям / Н.В. Каспер // Актуальные вопросы науки и техники. – 2015. – № 2. – С. 95–99.

7. Каспер Н.В. Сенсорный сад как архитектурно-ландшафтная среда абилитации детей раннего возраста / Н.В. Каспер // Научно-педагогическое и культурное наследие российской межевой школы: сборник научных трудов по итогам Всероссийской научно-практической конференции ученых и специалистов, преподавателей и сотрудников вузов, аспирантов и студентов с международными участниками. – М., 2016.

8. Никитина Е.Н. Благотворительный фонд садовой терапии и создания развивающей экосреды для детей, пожилых людей и людей с ограниченными возможностями «Сад в городе» / Е.Н. Никитина. – URL: <http://www.sadvgorode.ru/> (дата обращения: 13.12.2017).

9. Парки и площадки: Фонд помощи детям Обнаженные сердца. – URL: www.nakedheart.org (дата обращения: 10.12.2017).

10. Постановление правительства Российской Федерации Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы. – URL: <http://static.government.ru>. (дата обращения: 10.12.2017).

11. СП 59.13330.2016 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35–01–2001. – М.: Минстрой России, 2017. – 41 с.

12. Томашова О.В. Мир в прикосновении. В Смоленске открылся первый в регионе сенсорный сад / О.В. Томашова. – URL: <http://www.smol.aif.ru/> (дата обращения: 12.12.2017).

13. Ярская В.Н. Инклюзия – новый код социального равенства / В.Н. Ярская // Образование для всех: политика и практика инклюзии. – Саратов, 2008.

14. Most Impressive Accessible and Inclusive Playgrounds. – URL: <https://www.special-education-degree.net> (дата обращения: 9.12.2017).

15. Playground Overview. Landscape Structures. – URL: <https://www.playlsi.com> (дата обращения: 9.12.2017)

Переверзева Д.С. Коррекция процессов зрительного опознавания и контроля действия у детей 3–7-ми лет с расстройствами аутистического спектра с помощью парных призматических линз / Д.С. Переверзева // Аутизм и нарушения развития. – 2012. – Т. 10. – № 3. – С. 24–36.

Ранний детский аутизм представляет собой сложное системное нарушение развития. Наиболее вероятной причиной формирования симптомокомплекса аутизма в настоящее время считается искажение параметров роста и созревания нервной системы (Courchesne, 2002; 2005). Начало заболевания чаще всего приходится на возраст до двух-трех лет, в ряде случаев отклонения в развитии заметны с рождения. Неизбежным следствием этого является патология ранних механизмов психической деятельности.

Поведение ребенка с глубокими формами аутизма в предметной среде отличается очень выраженным своеобразием. Ребенок зачастую как бы не замечает объекты, которые находятся вокруг него, не учитывает их физические и функциональные свойства, не демонстрирует предвосхищающей готовности к действию с ними. Манипуляции с предметами отличаются стереотипностью, заученностью, отсутствием пластичности.

Сложной задачей оказывается обучение ребенка простым предметно-орудийным действиям. Характерно также, что нарушения зрительных реакций при аутизме отмечаются уже на первом году жизни. Так, согласно проведенным исследованиям, прогностически неблагоприятными признаками, с точки зрения риска развития синдрома, счи-

таются нарушения зрительной ориентации и прослеживания, трудности переключения зрительного внимания (Zwaigenbaum et al., 2005).

Анализ зарубежных исследований, а также наши собственные наблюдения показывают, что при выполнении действий с объектами внешнего мира люди с аутизмом обнаруживают: 1) низкий уровень контроля движения со стороны зрительной системы; 2) нарушения предвосхищающего учета и фрагментарный характер использования зрительной информации об объектах внешнего мира; 3) трудности корректировки действия по мере его выполнения с учетом информации, поступающей по принципу обратной связи (Glazebrook et al., 2009; Переверзева, 2011). Эти нарушения свидетельствуют о дефиците развития при аутизме предметной ориентировки, специфического паттерна внимания, в основе которого лежит учет всех элементов зрительной сцены и состояние готовности к осуществлению действия (см. «премоторная теория внимания», Rizzolatti, 1994).

Другой проблемой детей с аутизмом являются нарушения развития процесса опознания. Так, было показано, что в ряде случаев имеют место трудности восприятия простых форм и границ изображения (Spencer, 2006; Brosnan et al., 2004; Vandenbroucke, 2008), глубины и стереопсиса (Kaplan, 1999, 2006). Распространенной чертой людей с высокофункциональным аутизмом является нарушение восприятия целостного объекта при избыточном внимании к деталям, увеличение способностей к восприятию геометризованных, бессмысловых изображений (Shah & Frith, 1993). Согласно результатам наших исследований, для детей с тяжелыми формами аутизма характерно нарушение опознания плоскостных форм большого размера при успешности различения тех же самых фигур, выполненных в обычном формате (Переверзева, 2011а).

Таким образом, ранний детский аутизм характеризуется дефицитом развития процессов опознания, внимания и зрительного управления движением. Специфический характер нарушений, а также ранний возраст появления симптомов делает очень актуальной задачу

развития и коррекции этой сферы. Настоящая статья посвящена описанию метода коррекции нарушений процессов зрительного опознавания и контроля действий с помощью парных призматических линз. Мы остановимся на обосновании механизма Опубликовано в № 3(38), 2012 г., С. 24–36.

Методика парных призматических линз

Парные призматические линзы представляют собой линзы призматической формы, основания которых направлены в одну сторону – вверх, вниз, вправо или влево. Призматическая линза линейно смещает изображение в направлении, противоположном ее основанию. Причем угол этого смещения зависит от относительной площади основания линзы, или силы призматических диоптрий. Искажение, которое производит линза, не изменяет особенностей фокусировки на объекте и не влияет на преломляющую способность глаза. Изменения касаются пространственного расположения объекта в эгоцентрической системе координат. В аллоцентрической системе координат позиция предмета не изменяется.

В связи с этим никакого видимого искажения элементов зрительной сцены не происходит.

Более того, расположение предмета не изменяется также и относительно видимых частей нашего тела. Это положение имеет первостепенное значение для понимания того эффекта, который оказывают линзы. Если человек пытается взять предмет, непрерывно удерживая в фокусе внимания и предмет, и руку, ориентируясь на зрительную, а не кинестетическую (проприоцептивную) информацию о положении руки, то трудностей не возникает. Если же человек смотрит только на предмет, не контролируя движение руки, или же не смотрит на него вовсе, действуя на основе заранее сформированного плана движения, осуществление точного действия становится невозможным. Иными словами, в каждый момент времени человек вынужден перерасчитывать свои действия с учетом изменяющихся условий – нового положения руки и предмета, находя «баланс» между кинестетической

и зрительной информацией о позиции частей тела друг относительно друга. Более того, необходимо иметь в виду, что видимое расположение объекта по-разному меняется в системе координат различных частей тела. Например, если предмет находится чуть ниже рук человека, то при надевании очков с основанием линз, направленным вниз, его проекция будет «приближаться» к рукам и голове, «отдаляясь» от ног. Если же предмет расположен в верхнем поле зрения, над головой человека, то его проекция будет «отдаляться» от всего тела человека. Таким образом, искажение, вносимое линзами, изменяет также восприятие человеком своего тела относительно объектов внешнего мира, создавая стойкий конфликт между зрительным и кинестетическим «образом себя». Помимо этого применение линз приводит к субъективному смещению центра тяжести. Терапевтический эффект линз построен на стремлении нервной системы преодолеть эту диссоциацию, связать воедино образ тела и пространство вокруг него. Следует также отметить, что искажение, которое привносит линза, сложно анализировать на уровне сознания. Это связано с тем, что линзы никак не меняют образ объектов внешнего мира, не оказывают влияния на наше восприятие. Изменения затрагивают только прагматическое пространство, иными словами, систему условий осуществления точного моторного акта по отношению к объектам внешнего мира, подготовка которого, как мы обсуждали выше, чаще всего протекает на бессознательном уровне, подвергаясь лишь косвенному влиянию со стороны активно воспринимаемой зрительной информации.

В связи с этим, реабилитационный эффект линзы построен на неосознаваемой работе нервной системы и не требует произвольного контроля со стороны пациента.

В терапевтических целях метод парных призматических линз был впервые внедрен в 70-х гг. XX в. в институте Гезелла. Идея использования этого метода была связана с общей концепцией поведенческой оптометрии, согласно которой «умение видеть» зависит от зрительно-моторной и общей сенсорной интеграции. Зрение

не является изолированной функцией, а может быть рассмотрено только в контексте интеграции с двигательной системой ребенка, его локомоторными навыками, навыками ручной деятельности и общим развитием (Warshowsky & FitzGerald, 1999). Иными словами, необходимо оценивать все поведение ребенка, учитывая весь комплекс имеющихся проявлений и симптомов. Было показано, что применение парных призматических линз маленькой силы улучшает зрительно-моторную координацию и уменьшает тревожность детей.

Особой областью применения парных призматических линз является реабилитация пациентов с пространственной агнозией вследствие поражения правой теменной области.

Для таких больных характерно игнорирование левого полуполя зрения. Было показано, что регулярное применение линз, основание которых направлено влево, приводит к существенным улучшениям в возможностях ориентировки, распределения внимания, тактильного восприятия на пораженной стороне тела, уменьшает симптомы репрезентативного игнорирования (Parton et al., 2004; Rossetti et al., 1998; Rode et al., 1998, 2001; Maravita et al., 2003).

Использование парных призматических линз при работе с детьми с аутизмом наиболее полно описано в работе М. Каплана (Kaplan, 2004). Книга содержит описание диагностической процедуры, которая позволяет определить, какие именно линзы необходимо использовать в каждом конкретном случае, а также множество иллюстраций успешного применения данного метода. Автор указывает на улучшения координации, ориентировки, функции равновесия, увеличение глазного контакта, конвергенции, исследовательской активности, на снижение тревожности.

С нашей точки зрения данный метод является одним из немногих способов, который позволяет достаточно прицельно корригировать нарушение различных механизмов зрительной когнитивной функции. Важно также подчеркнуть, что зрительное опознание и контроль действия являются одними из центральных функций, от ко-

торых зависят общие возможности ребенка. Помимо этого специфический характер нарушений этой сферы, их высокая устойчивость, а также сложности произвольной организации деятельности у детей с аутизмом требуют подбора «фоновых» методов воздействия, одним из основных качеств которых было бы изменение привычного для ребенка способа действия.

Опыт применения методики парных призматических линз в работе с детьми с РАС В исследовании приняли участие 11 детей с аутизмом: 8 мальчиков и 3 девочки в возрасте от 4-х до 7-ми лет. Были определены основные критерии необходимости использования данной методики, область и режим ее применения. Опрос родителей и собственные наблюдения в рамках еженедельных встреч с детьми позволили выделить следующие сферы поведения детей, в которых наблюдается положительная динамика: зрительные ориентировочные реакции (повышение стабильности и устойчивости реакций; улучшение зрительного отслеживания, увеличение количества повторов ориентировочных реакций); выполнение действий под контролем зрения (снижение количества автономных действий, осуществляемых без контроля зрения, учет зрительных характеристик объекта при организации движения, увеличение количества предметных действий; появление возможности отслеживать движение своих рук); восприятие (выделение объекта, учет его границ, распознавание формы); социальное поведение (в первую очередь, прослеживание указательного жеста, увеличение исследовательской активности).

Анализ отдельных клинических случаев позволил нам сделать более детальные выводы относительно того, на какие компоненты процессов зрительного опознания и контроля действия оказывает влияние применение линз. Дети были протестированы дважды с помощью карты оценки зрительной когнитивной функции (Переверзева, 2011): первый раз до начала коррекции, второй раз по истечении 3-месячного периода (рис. 1–6). Режим ношения очков был определен в соответствии с данными, описанными в литературе, а также на ос-

новании наших собственных предварительных наблюдений. Детям было рекомендовано носить очки в течение 3-х часов в день. Сила призматического смещения составляла 3 диоптрии. В одном случае основание линз было направлено вверх, что приводило к смещению изображения вниз. Во втором случае мы использовали обратную парадигму. Никаких ограничений деятельности во время ношения очков не было. Напротив, мы рекомендовали варьировать виды активности: носить очки в домашних условиях, на прогулке и т.д.

Пример.

Ребенок Р.П., возраст на момент первого обследования – 5 лет 7 месяцев, на момент повторного – 5 лет 10 месяцев. Диагноз психиатра – ранний детский аутизм эндогенный с умственной отсталостью (F84.02). Особенности клинической картины.

По результатам диагностики с помощью методики «Психолого-образовательный профиль» (Schopler, 2004) уровень развития психомоторной сферы соответствовал 20 мес.

По большинству шкал ребенок не достигал уровня развития двух лет. Т.е. речь идет о глобальном недоразвитии навыков, высокой сложности их формирования. Результат по опроснику CARS (Schopler, 1986) составил 51 балл, что соответствует тяжелой форме аутистического расстройства. В свободном поведении ребенок расторможен, возбужден, бегает по помещению, не удерживая траекторию, по максимально доступному расстоянию. Ориентация на звук есть, однако кратковременная, количество повторов, которые можно организовать, не превышает 2-х раз. Глазной контакт непродуктивный, кратковременный. Наблюдается обилие стереотипий – трясение кистями рук или предметами продолговатой формы симметрично, сбоку от себя. При наличии предмета в руке движение становится очень точным: активны предплечье, кисть и пальцы, плечо чаще прижато к туловищу. Аутостимуляции сопровождаются вокализациями. Лепета нет, слоговой структуры нет. Одной из наиболее существенных особенностей поведения является полное отсутствие дея-

тельности руками под контролем зрения. Существует ряд разученных, автоматизированных действий, таких как, например, обувание или одевание, которые совершаются без участия зрения.

Организовать взаимодействие с предметом является очень сложной задачей: чаще всего зрительного контроля добиться не удастся, в большинстве случаев действие инициируется зрением, но не контролируется. Ресурс очень ограничен. При организации действий с предметами их пространственные, метрические свойства не учитываются. В целом, возможности предметного восприятия оказываются очень ограниченными, затруднен перенос с одного материала на другой, скорее всего, опознание строится с опорой на второстепенные признаки.

Восприятие геометрических фигур малого размера было неустойчивым, с остальными тестами мальчик не справлялся. При повторном тестировании была обнаружена положительная динамика во всех пробах, которые касались распознавания плоскостных изображений. Ребенок начал стабильно выделять контур объекта, стало возможным распознавание плоскостных форм большого размера, целостных детализированных изображений.

1-е тестирование 2-е тестирование Примечание: балл 0 означает, что функция не сформирована, балл 1 – неустойчивый результат, балл 2 – функция сформирована.

Увеличение значений наблюдалось по следующим шкалам: готовность к действию с двумя движущимися предметами, движение руки по заданной траектории, отслеживание движения объекта в зоне досягаемости рук, учет препятствия при движении руки к цели. В последнем задании ребенок обнаружил способность контролировать всю руку и сохранение траектории движения при перемещении в обратном направлении, что соответствовало стратегии, которая наблюдалась у нормативно развивающихся детей.

Примечание: балл 0 означает, что функция не сформирована, балл 1 – ненормативная стратегия, балл 2 – функция сформирована, стратегия нормативная.

Профиль способностей зрительного контроля и управления движением по результатам тестирования до (сплошная линия) и после (пунктирная линия) коррекции с помощью парных призматических линз (ребенок Р.П.)

По результатам диагностики с помощью методики «Психолого-образовательный профиль» (Schopler, 2004) уровень развития психомоторных навыков соответствовал 20 мес. Результат по опроснику CARS (Schopler, 1986) составил 47 баллов, что указывает на тяжелую форму аутистического расстройства. Свободное поведение: поведение полевое, вместе с тем сильной двигательной расторможенности не наблюдается. Имеют место тонические аутостимуляции – продольное раскачивание, сопровождающееся однообразными вокализациями. Девочка может достаточно подолгу находиться на одном месте, взгляд при этом устремлен в одну точку. Ходит на цыпочках, перемещается короткими перебежками. Демонстрирует много негативизма, тревоги. Исследовательская активность минимальна. Чаще выделяет мелкие игрушки, может рассматривать их, поднося близко к глазам. В целом, эмоциональное оживление демонстрирует при предъявлении предмета, лица человека во фронтальной плоскости, в ближнем пространстве. В этой ситуации появляется улыбка, радость, попытки лицевого подражания. Может демонстрировать простую сюжетную игру с маленькими предметами (кладет спать игрушку из киндер-сюрприза, старательно поправляет одеяло и т.д.). Контроль движения рук наблюдается только в очень ограниченной зоне пространства, в непосредственной близости от тела. Одной из существенных характеристик поведения ребенка является явная асимметрия между возможностями реагирования, действия и восприятия в ближнем пространстве и во всем поле целиком. Помимо этого обращает на себя внимание неспособность к выделению и опознанию

плоскостного изображения и существенное улучшение предметного восприятия при появлении возможностей тактильного исследования. Так, при полной неспособности выполнить стандартный вариант задания «волшебный мешочек», девочка существенно улучшала свои результаты, если ее просили найти предмет, который она только что держала в руках. Возникает предположение о грубом дефиците пространственной ориентировки, распределения зрительного внимания, учета всех объектов, находящихся в поле зрения. Трудности затрагивают организацию зрительного восприятия, возможно, процессы, которые позволяют интегрировать элементы зрительного образа в единый, цельный контур.

Ниже приведено разъяснение по каждому графику и общее обсуждение полученных результатов.

Стабильного уровня достигает восприятие плоскостных форм, появляется возможность распознавания детализированных изображений, объектов большого размера.

Существенный интерес, на наш взгляд, представляет появившаяся способность реагирования на два объекта в поле зрения. Можно говорить об улучшении возможностей распределения внимания, расширении зоны пространства, в которой наблюдается зрительная ориентировка, о развитии предвосхищающей готовности к действию с движущимися и статичными объектами.

Как и в предыдущем примере, мы отметили существенное улучшение по параметру синхронности «глаза-рука»: процент времени, когда глаза контролировали движения рук, вырос в два раза.

В целом, можно говорить об увеличении организованности и стабильности поведения ребенка в предметном мире. Результат, который, на наш взгляд, заслуживает особого внимания, касается развития возможностей опознания контура объекта, формирования навыков зрительного восприятия, которые не удавалось скорректировать другими способами.

Подводя итог, можно обозначить следующие функции, на развитии которых положительно сказывается применение парных призматических линз:

1. Зрительный контроль и управление движением. Нарушения непрерывного контроля, отслеживания и корректировки движений в зависимости от меняющихся условий среды можно, на наш взгляд, считать одной из базовых трудностей детей с ДА. Следствием этого становится формирование компенсаторных стратегий, направленных на совершенствование возможностей автономного выполнения действий на основе запоминания и формирования готовых двигательных стереотипов, трудно поддающихся изменению. В результате коррекционного воздействия нам удалось получить качественное увеличение показателя «синхронность глаза-рука». После коррекции восходящей готовности к действию, Примечание: ось у – значение синхронности «глаза-рука» обеспечивает основу для полноценного соотношения времени, когда глаза контролируют движение рук, к общему времени выполнения задания в %). притягивания и учета предметной среды. Над столбиками указаны значения до и после коррекции. Существенную ценность, на наш взгляд, представляет развитие возможностей. Синхронность «глаза-рука» (ребенок А.З.) реагирования и подготовки к действию сразу с несколькими объектами в поле зрения, которую мы продемонстрировали при описании одного из клинических случаев. Распределение внимания между двумя объектами является одной из базисных способностей человека, нарушение которой ведет к тяжелым случаям распада поведения в предметном мире.

2. Выделение формы объекта. Другой важной областью применения парных призматических линз является коррекция функции восприятия. В первую очередь речь идет о возможностях выделения и различения формы объекта. Нарушение данной способности может быть связано с дефицитом процесса интеграции элементов в единый, целостный образ (Прокофьев, 2009). Одним из наиболее интересных результатов является появление предпосылок для восприятия боль-

ших объектов, размер которых превышает центральное поле зрения. Их опознание требует зрительного сканирования контура и объединения пространственно удаленных элементов в единый образ. На наш взгляд, появление этой способности вносит существенный вклад в возможности ориентировки ребенка в реальном предметном мире.

Из приведенных примеров видно, что использование парных призматических линз улучшает как параметры зрительного контроля движения, так и возможности восприятия. Это является одним из доказательств связанности развития этих процессов в онтогенезе и необходимости комплексного изучения всех параметров зрительной функции ребенка. Улучшения, которые продемонстрировали дети, по всей видимости, свидетельствуют о наличии существенных искажений в системе «опознание – внимание действие» и указывают на необходимость разработки дополнительных исследовательских парадигм для более детального изучения этого вопроса.

Последний вывод, который необходимо сделать, касается ограничения применения данного метода. Все полученные нами результаты относятся к изменению отдельных характеристик контроля действия и предметного опознания и не затрагивают возможностей целостного восприятия, связанных не только с интегративными процессами, но и с наличием соответствующего практического опыта. На наш взгляд, одной из существенных областей, требующих специального внимания со стороны специалистов, является стимулирование предметной исследовательской активности ребенка в раннем и дошкольном возрасте.

Литература

1. Переверзева Д.С. Диагностика и коррекция зрительного опознания и зрительно контролируемых действий у детей 3–7 лет с расстройствами аутистического спектра: дисс. ... канд. псих. наук / Д.С. Переверзева. – М., 2011. – 174 с.

2. Переверзева Д.С. Особенности процесса зрительного опозна-
ния у детей 3–7 лет с расстройствами аутистического спектра / Д.С.
Переверзева // Экспериментальная психология. – М., 2011. – № 3.
3. Прокофьев А.О. Зрительное восприятие целостного образа объ-
екта у детей дошкольного возраста с типичным и атипичным развити-
ем: дисс. ... канд. псих. наук / А.О. Прокофьева. – М., 2009. – 165 с.
4. Brosnan, M.J., Scott, F.J., Fox, S., et al. Gestalt processing in au-
tism: Failure to process perceptual relationships and the implications for
contextual understanding. // Journal of Child Psychology and Psychiatry,
2004, 459–469.
5. Courchesne E. Abnormal early brain development in autism // Mol
Psychiatry. – 2002. – Vol. 7(2). – P. 21–23.
6. Courchesne E., Pierce K. Brain overgrowth in autism during
a critical time in development: implications for frontal pyramidal neuron
and interneuron development and connectivity // Int. J. Devl Neurosci-
ence. – 2005. – Vol. 23. – P. 153–70.
7. Glazebrook C., Gonzalez D., Hansen S. The role of vision for
online control of manual aiming movements in persons with autism spec-
trum disorders // Autism. – 2009. – Vol. 13(4). – P. 411–33.
8. Kaplan M. Seeing through new eyes, London and Philadelphia:
Jessica Kingsley Publishers, 2006. – 208 p.
9. Kaplan M., Rimland B., & Edelson S.M. Strabismus in autism
spectrum disorder. // Focus on Autism and other Developmental Disabili-
ties, 1999, 101–105.
10. Maravita A., McNeil J., Malhotra P., Greenwood R., Husain M.,
Driver J. Prism adaptation can improve contralesional tactile perception in
neglect // Neurology. – 2003. – Vol. 60(11). – P. 1829–31.
11. Parton A., Malhotra P., Husain M. Hemispatial neglect // Neurol
Neurosurg Psychiatry. – 2004. – Vol. 75. – P. 13–21.
2. Rizzolatti G., Riggio L., Sheliga B.M. Space and selective atten-
tion // Attention and performance. Conscious and nonconscious infor-

mation processing / ed. by Umiltà C., Moscovitch M. Cambridge: M.A. – 1994. – P. 231–265.

13. Rode G., Rossetti Y., Boisson D. Prism adaptation improves representational neglect // *Neuropsychologia*. – 2001. – Vol. 39. – P. 1250–4.

14. Rossetti Y., Rode G., Pisella L., et al. Prism adaptation to a rightward optical deviation rehabilitates left hemispatial neglect // *Nature*. – 1998. – Vol. 395. – P. 166–9.

15. Shah A., Frith U. Why do autistic individuals show superior performance on the block design task // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1993. – Vol. 34. – P. 1351–64.

16. Spencer J.V., O'Brien J.M. Visual form-processing deficits in autism. // *Perception*, 2006, 35, 1047–1055.

17. Vandenbroucke M.W., Scholte H.S., van Engeland H. et al. A neural substrate for atypical low-level visual processing in autism spectrum disorder // *Brain*. – 2008. – P. 1013–1024.

18. Warshowsky J.H., FitzGerald D.E. Behavioral Attributes of a Low Plus Vertical Yoked Prism Correction // *Journal of Optometric Vision Development*. – 1999. – Vol. 30. – P. 181–187.

19. Zwaigenbaum L., Bryson S., Rogers T., Roberts W., Brian J., Szatmari P. Behavioral manifestations of autism in the first year of life // *J. Devel. Neuroscience*. – 2005. – Vol. 23. – P. 143–152

J. Amudha. An Android-Based Mobile Eye Gaze Point Estimation System for Studying the Visual Perception in Children with Autism / J. Amudha, Hitha Nandakumar, S. Madhura, M. Parinitha Reddy, Nagabhairava Kavitha. – New Delhi, 2014. – № 2.

(Система оценка точки взгляда мобильного глаза база Android для изучения зрительного восприятия у детей с аутизмом)

Аннотация. Аутизм – это расстройство нервного развития, характеризующееся плохим социальным взаимодействием, нарушением коммуникации и повторяющимся поведением. Причину этого различия

в поведении можно понять, изучая различия в их сенсорной обработке. В статье предлагается мобильное приложение, использующее визуальные задачи для изучения зрительного восприятия у детей с аутизмом, которое может быть глубокое объяснение тому, почему они видят и воспринимают вещи по-разному по сравнению с нормальными детьми. Приложение записывает движения глаз и оценивает область взгляда ребенка, чтобы понять, где внимание ребенка фокусируется во время визуальных задач. Эта работа дает экспериментальное доказательство того, что дети с аутизмом превосходят нормальных детей в некоторых визуальных задачах, что доказывает, что они имеют более высокий уровень IQ, чем их сверстники.

Ключевые слова: *расстройство аутистического спектра, мобильное устройство, когнитивные визуальные задачи, человек-компьютерное взаимодействие.*

Литература

1. Shic, F., Scassellati, B., Lin, D., Chawarska K.: Measuring context: the gaze patterns of children with autism evaluated from the bottom-up. In: 6th International Conference on Development and Learning, IEEE (2007)
2. Plaisted, K., O’Riordan, M., Cohen, S.B.: Enhanced visual search for a conjunctive target in autism: a research note. J. Child Psychol. Psychiatry 39(5), 777–783 (1998)
3. Han, S., Yang, S., Kim, J., Gerla, M.: EyeGuardian: a framework of eye tracking and blink detection for mobile device users. In: UCLA. Department of Computer Science, Los Angeles (2012)
4. Vaitukaitis, V., Bulling, A.: Eye Gesture Recognition on Portable Devices. University of Cambridge, Cambridge (2012)
5. Su, M.C., Wang, K.C., Chen, G.D.: An eye tracking system and its application in aids for people with severe disabilities. Biomed. Eng. Appl. Basis Commun. 18(6), 319–327 (2006) (National Central University)
6. Miluzzo, E., Wang, T., Campbell, A.T.: EyePhone: Activating Mobile Phones With Your Eyes. Computer Science Department, Dartmouth College, Hanover (2010)

7. Pino, C., Kavasidis, I.: Improving Mobile Device Interaction By Eye Tracking Analysis, pp. 1199–1202. University of Catania, Catania (2012)
8. Costa, S., Lehmann, H., Soares, F.: Where is your nose? – Developing body awareness skills among children with autism using a humanoid robot. In: The 6th International Conference on Advances in Computer-Human Interaction (2013)
9. Daikin, S., Frith, U.: Vagaries of visual perception in autism. *Neuron* 48, 497–507 (2005)
10. Billard, A., Robins, B., Nadel, J., Dautenhahn, K.: Building robota, a mini-humanoid robot for the rehabilitation of children with autism. *RESNA Assistive Technol. J.* 19, 37–49 (2006)

Компетентностно-ориентированные задания:

1. Используя материалы, представленные в разделе, составьте список ключевых слов, общий для всех статей раздела, опишите с помощью словаря значение каждого термина и понятия.
2. Подготовьте рецензию на одну из статей, включенных в раздел. Рецензия должна содержать критический анализ текста, описание изучаемой автором проблемы, пути и средства ее решения, а также ваше мнение на статью.
3. Сформулируйте ряд организационных, методических, содержательных предложений по работе с проблемами, описанными авторами в статьях раздела. Приведите конкретные примеры игр и упражнений.
4. Опираясь на материалы раздела и другие дополнительные источники, подготовьте методические рекомендации для педагогов и родителей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра.
5. Дополните раздел другими современными и актуальными исследованиями, выполненными российскими и зарубежными учеными, проведя анализ баз данных (eLIBRARY.RU, Scopus, Web of Science). Результаты представьте в виде библиографически правильно оформленного списка литературы.

Раздел 2. Коммуникативные особенности и развитие речи

Сыропятова Н.В. Особенности смысловой стороны речи старших дошкольников с расстройствами аутистического спектра / Н.В. Сыропятова // Научно–методический электронный журнал «Концепт». – 2018. – № 10. – С. 1–7.

Аннотация. Автор статьи сообщает о результатах исследования, направленного на изучение смысловой стороны речи дошкольников с расстройствами аутистического спектра (РАС). Результаты показали, что дети с РАС не понимают некоторые устные инструкции, поэтому не могут выполнить необходимые действия. Дошкольники не могут передать информацию с опорой на сюжетную картинку. Речевая продукция детей исчерпывается употреблением изолированных слов и словосочетаний. Построение логичных и связных сообщений оказывается недоступным.

Ключевые слова: смысловая сторона речи, системное недоразвитие речи, расстройства аутистического спектра, дошкольники.

Психоречевой портрет ребёнка с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) сложен. Этой весьма специфичной нозологической группе детей присущи значительные социально-коммуникативные трудности и аффективные проблемы, препятствующие активному и творческому познанию окружающей действительности, успешной интеграции в общество. Это негативно отражается на формировании личности ребёнка, ставит его в зависимость от других людей, задерживает становление способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям социальной среды.

В исследованиях ведущих отечественных учёных в области дефектологии (О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг и др.) веско обосновывается и иллюстрируется многочисленными примерами неоднородность состава лиц с РАС. В частности, в классификации О.Н. Никольской с учётом тяжести аутистических проблем и

степени нарушения (искажения) психического развития выделены четыре группы таких детей [1].

С одной стороны, каждой группе свойственны свои поведенческие проявления, типичные модели восприятия окружающей социальной и природной действительности, а также отношение к ней. С другой стороны, детям с РАС присущ ряд общих черт, в числе которых наиболее явно прослеживаются нарушения в развитии речевой интеракции и социального взаимодействия с окружающими людьми. Специфика искажённого развития обуславливает наличие у ребёнка особых образовательных потребностей. Для их удовлетворения необходимы специальные условия, в том числе комплекс специфических психолого-педагогических мероприятий, направленных на социокультурное развитие воспитанников [2].

Современная педагогическая практика поставлена перед необходимостью поиска и внедрения наиболее оптимальных путей оказания коррекционной помощи каждому ребёнку с РАС с учётом его возможностей, потребностей, структуры дефекта, а также достижений дефектологической науки.

Следует отметить, что развитие речи представляет собой одну из особых образовательных потребностей дошкольников названной категории. В то же время состояние смыслового компонента речи и методические аспекты его формирования у детей с РАС остаются недостаточно изученными. Результаты имеющихся исследований позволяют утверждать, что при РАС неполноценными оказываются все основные единицы общения, к числу которых относят речевую ситуацию, речевое событие, речевое взаимодействие.

Конкретизируя вербальные способности и коммуникативные умения детей с РАС, С.Н. Викжанович выделила и охарактеризовала три уровня системного недоразвития речи, отмечающиеся при данном нарушении. Так, ребёнок, имеющий первый уровень системного недоразвития речи, не готов к общению и употреблению с этой целью соответствующих языковых средств. Отмечается отказ от выполнения дей-

ствий в соответствии с содержанием вербальных инструкций, имеют место эхолалии. Ребёнок не всматривается в лицо собеседника, избегая социально-коммуникативного взаимодействия. К этапу перехода на второй уровень у детей с РАС отмечается значительное улучшение состояния словесной речи. Это выражается в постоянной звуковой игре. Ребёнок способен к рифмованию, пению. В то же время лексические единицы воспроизводятся с искажениями. В типичных бытовых ситуациях, реагируя на коммуникативные инициативы окружающих людей (в первую очередь близких), ребёнок оперирует скудным набором речевых штампов, использует фразы, длина которых достигает преимущественно пяти лексем. Употребляемые синтаксические конструкции являются по своей сути отражённой речью взрослых людей, составляющих ближайшее социальное окружение ребёнка. Понимание ребёнком с РАС семантики высказываний при втором уровне системного недоразвития речи резко ограничено. Долгое время дети с данным нарушением не выполняют действия в соответствии с содержанием устных инструкций, не отзываются на своё имя. При третьем уровне картина речевого развития ребёнка вновь меняется. Происходит совершенствование импресивной стороны речи, которая начинает соответствовать низкой возрастной норме. Некоторые дети овладевают чтением. При этом смысл прочитанного дошкольник с РАС объяснить не в состоянии. Вместо пересказа текста отмечается тенденция к его дословному воспроизведению [3].

Оценивая самостоятельную речевую продукцию дошкольников с РАС, С.В. Ихсанова указала на наличие нарушений логики как внутри предложений, так и между синтаксическими конструкциями. Высказываниям этих детей присуща фрагментарность, недостаточная связность и ясность. Наблюдается искажение грамматических форм [4].

Материалы научных исследований свидетельствуют о том, что неполноценность смысловой стороны речи присуща всем без исключения детям, имеющим расстройства аутистического спектра. Следует отметить, что ситуация социально-коммуникативного развития ребёнка отягощается и усугубляется в том случае, если указанное нарушение со-

чается с умственной отсталостью, а также иными патологиями, в результате чего образуется сложная структура дефекта. При тяжёлых и множественных нарушениях в развитии, в числе которых аутизм, ребёнок может не только не реагировать на вербальные инициативы со стороны близких людей, но и оказываться безучастным ко всему, что его окружает и что вокруг него происходит [5].

Л.Г. Нуриева, О.С. Кузьмина, а также некоторые другие авторы полагают, что развитие речи в целом и её смыслового компонента в частности при грубых нарушениях, не позволяющих спонтанно овладеть способностью к продуцированию структурно и семантически завершённых высказываний, требует активного использования вспомогательных средств в виде зрительных опор. С их помощью может быть обеспечена возможность научить ребёнка понимать содержание сообщений и самостоятельно передавать информацию [6, 7].

Несмотря на высокий научный и практический интерес к проблеме развития у дошкольников с РАС смысловой стороны речи, остаётся довольно много сложных вопросов, от решения которых зависит повышение эффективности коррекционной работы.

С учётом изложенного выше нами было организовано и проведено исследование, участниками которого стали дети 5–5,6 лет с расстройствами аутистического спектра.

Опираясь на материалы научных исследований С.Н. Викжанович и Т.Н. Волковской, мы подготовили программу обследования испытуемых [8, 9]. Диагностические материалы представлены двумя блоками. Первый из них включает три задания. Они направлены на оценку импрессивной стороны речи испытуемых. Во второй блок, ориентированный на установление особенностей экспрессивной стороны речи детей, вошли два задания, сопровождающиеся иллюстративным материалом.

Обратимся к содержанию диагностического комплекса и подвергнем анализу данные, полученные в ходе обследования детей с РАС.

Первый диагностический блок

Обследование импрессивной стороны речи детей (установление понимания испытуемыми содержания вербальных инструкций)

Благодаря первому заданию выяснялась способность детей с РАС понимать сообщения, включающие аффективно значимые лексемы. Испытуемым предъявлялись инструкции такого типа:

Будем рисовать красками?

Будем катать машинки?

Хочешь печенье?

Будем строить дом из кубиков?

Все необходимые предметы, о которых сообщалось в инструкциях, имелись в наличии. При необходимости вербальная инструкция воспроизводилась по 2–4 раза. Согласно полученным данным, 45% дошкольников с РАС не только поняли содержание предъявленных им инструкций, но и выражали готовность к выполнению действий либо отказ от того, что предлагалось экспериментатором. Остальные респонденты (55%) нуждались в разъяснениях и повторях инструкций, при этом только 20% детей смогли выразить согласие либо отказ выполнять то, что предложил взрослый. Некоторые респонденты (35%) не проявляли интереса к взрослому, совместной деятельности с ним, демонстрируя отсутствие желания поддерживать какой-либо контакт. Второе задание предусматривало выполнение детьми действий с учётом контекста ситуации. Испытуемым предлагались и при необходимости повторялись до 3–4 раз следующие инструкции:

Возьми мяч.

Положи мяч в корзинку.

Подбрось мячик вверх.

Мячик покатился.

Догони его, возьми.

Отмечено, что 50% детей первоначально продемонстрировали заинтересованность предложенной им игрушкой, но лишь 30% респондентов выполнили все действия, о которых сообщалось в серии инструкций.

В то же время эти дети нуждались в стимулирующей и направляющей помощи со стороны взрослого, в его подсказках. В свою очередь, 20% дошкольников выполнили поручения экспериментатора по содержанию 1–2 инструкций. Далее все контакты детей со взрослым прекращались, отмечалась тенденция быстрого пресыщения деятельностью.

Остальные испытуемые (50%) не смогли справиться с предложенным заданием. При этом стратегии деятельности этих дошкольников были следующими:

игнорирование инициативы экспериментатора и его инструкций в связи с непониманием их содержания (в 15% случаев);

выполнение иных действий с игровым оборудованием (мячом) вместо тех, о которых сообщалось в инструкциях (в 35% случаев).

Обозначенные стратегии свидетельствуют о несформированности у части дошкольников с РАС смысловой стороны речи. В результате ребёнок не выполняет тех действий, которые ожидает от него взрослый. Третье задание предусматривало выполнение испытуемыми действий вне контекста происходящего. Каждому дошкольнику предъявлялись команды. Их содержание не имело отношения к тому, чем был занят ребёнок в момент проведения исследования (рисует, раскладывает картинки, собирает пирамидку). Инструкции являлись следующими:

Дай мне пирамидку.

Положи зелёный кубик в коробку.

Дай мне красный шарик.

Возьми карандаш в правую руку.

Данное диагностическое задание, по сравнению с остальными, оказалось для всех без исключения испытуемых наиболее сложным. Это подтверждается следующими стратегиями деятельности дошкольников:

- верное выполнение действий только по 1–2 инструкциям с последующим прекращением деятельности и игнорированием инициативы экспериментатора (в 45% случаев).

Наиболее доступным для дошкольников оказалось понимание содержания инструкции, связанной с просьбой взрослого дать пирамидку;

- краткосрочное внимание к инициативе взрослого с последующим продолжением той деятельности, которой ребёнок был занят ранее – в связи с непониманием содержания вербальной инструкции (в 20% случаев);

- неверное выполнение требуемых действий (в 35% случаев). Например, вместо красного шарика ребёнок приносил зелёный; вместо того чтобы положить зелёный кубик в коробку, ребёнок доставал из неё кубик жёлтого цвета и приносил взрослому. Все приведённые примеры свидетельствуют о неполноценности импрессивной стороны речи детей с РАС, на базе которой происходит становление и совершенствование умений самостоятельно продуцировать высказывания, передавать ту или иную информацию.

Второй диагностический блок

Обследование экспрессивной стороны речи детей (оценка смыслового компонента речи испытуемых)

Первое задание этого диагностического блока сопровождалось иллюстративным материалом. Каждому ребёнку поочерёдно предъявлялись сюжетные яркие реалистичные картинки с ограниченным количеством объектов (девочка кормит котёнка, мальчик моет руки, женщина делает уборку в комнате). В ходе исследования выяснялось, доступно ли испытуемым понимание типичной бытовой ситуации: дошкольников просили рассказать о том, что изображено на иллюстрации. Испытуемые с РАС (85%) внимательно рассмотрели каждое изображение. При этом 15% дошкольников сделали это в течение нескольких секунд, после чего безречевым способом продемонстрировали отсутствие интереса к инициативе взрослого и заданию в целом. Вербализуя то, что было отражено на иллюстративном материале, дети использовали либо одно слово (к каждой картинке), либо цепочку слов, не согласующихся между собой. Реже употреблялись словосочетания и простые нераспространённые предложения, представленные подлежащим и сказуемым. В основном испытуемые оперировали глаголами, в том числе в форме инфинитива. Кроме того, использовались имена существительные.

Реже в речи дошкольников с РАС (и только у 10% детей) наблюдались имена прилагательные.

Приведём примеры:

«ест» (о котёнке), «девочка стоит», «давать, наливать, кормить» (о действиях девочки), «девочка, любить» – по содержанию первой сюжетной картинки;

«мыть руки», «вода», «купаться», «грязные руки» – по содержанию второй сюжетной картинки;

«ходить», «мыть», «мама убирает, убирать» – по содержанию третьей сюжетной картинки

Приведённые примеры свидетельствуют о том, что дошкольники с РАС верно поняли изображённые ситуации. Это можно объяснить тем, что испытуемые не имеют нарушения интеллектуальной сферы, а представленные на картинках бытовые ситуации являются типичными, согласуются с жизненной практикой дошкольников. В то же время испытуемые не смогли передать информацию собеседнику, построить завершённые с точки зрения структуры и семантики синтаксические конструкции. Второе задание было направлено на оценку смысловой стороны речи дошкольников на материале связного высказывания. Испытуемым предъявлялась сюжетная картинка, на которой отражено, как дети готовятся к новогоднему празднику: украшают ёлку и комнату, наряжаются в костюмы, оформляют подарки. Каждого испытуемого просили внимательно рассмотреть изображение и с опорой на него составить сообщение.

Согласно полученным данным, испытуемые (100%) не справились с построением связного высказывания, хотя изображение привлекло внимание 90% респондентов. Даже с помощью наводящих вопросов и направляющей помощи взрослого испытуемым не удалось передать информацию о той ситуации, которая была отображена. Дошкольники ограничивались названием отдельных лиц, объектов, реже – признаков, используя изолированные лексические единицы и словосочетания. В речевой продукции детей преобладали глаголы. Второе место по частоте употребления заняли имена существительные, третье – имена прилага-

тельные. При этом прилагательные использовали только 10% испытуемых. Проиллюстрируем речевую продукцию дошкольников следующими примерами: «играют», «бегают», «делают», «нарядить ёлку», «зелёная ёлка» и др.

Полученные в ходе исследования данные уточнялись и конкретизировались благодаря результатам психолого-педагогического наблюдения за детьми в различных социально-бытовых ситуациях: на занятиях, в процессе прогулок, в ходе свободной деятельности.

Это позволило дополнить психоречевой портрет ребёнка с РАС в аспекте владения им смысловой стороной речи и готовности к интеракциям. Так, имеются основания утверждать, что при РАС несформированными оказываются все без исключения основные единицы общения, к числу которых традиционно относят речевую ситуацию, речевое событие (то есть взятый в событийном аспекте текст, реализуемый в конкретной речевой ситуации), а также речевое взаимодействие. При этом крайне низкая способность к речевому взаимодействию либо отсутствие этой способности обусловлены не только и не столько недостатком вербальных средств, сколько патологическим стремлением детей данной нозологической группы уклоняться от контактов с окружающими людьми.

Подытоживая изложенное выше, отметим, что дошкольники с РАС характеризуются значительным недоразвитием смысловой стороны речи, её импрессивной и (в большей мере) экспрессивной стороны. Эти дети демонстрируют непонимание ряда устных инструкций, что приводит к неверному выполнению действий. Особые трудности у дошкольников возникают при необходимости передать информацию с опорой на сюжетное изображение. Речевая продукция детей исчерпывается употреблением изолированных слов, отдельных словосочетаний, коротких предложений, с помощью которых обозначаются изображённые объекты. Построение связных высказываний, завершённых в структурном и семантическом аспектах, дошкольникам 5–5,6 лет с РАС оказывается недоступным.

Литература

1. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2010. – 288 с.
2. Кузьмина О.С. Организация и содержание подготовки педагогов к деятельности в условиях инклюзивного образования / О.С. Кузьмина, Н.В. Чекалева, Т.Ю. Четверикова. – Омск: Полиграфист, 2014. – 242 с.
3. Викжанович С.Н. Характеристика системного недоразвития речи при расстройствах аутистического спектра / С.Н. Викжанович // Современные исследования социальных проблем. – 2015. – № 8 (52). – С. 294–305.
4. Ихсанова С.В. Система диагностико-коррекционной работы с аутичными дошкольниками / С.В. Ихсанова. – СПб.: Детство–пресс, 2011. – 208 с.
5. Синевич О.С. Медико-педагогические аспекты разработки индивидуальной программы развития детей с тяжёлыми и множественными нарушениями / О.С. Синевич, Т.Ю. Четверикова // Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. – № 3 (70). – С. 53–58.
6. Нуриева Л.Г. Развитие речи у аутичных детей: метод.пособие и наглядные материалы / Л.Г. Нуриева. – М.: Теревинф, 2016. – 129 с.
7. Четверикова Т.Ю. Частные методики коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольного возраста с особыми образовательными потребностями: метод.пособие / Т.Ю. Четверикова, О.С. Кузьмина, А.Д. Сорокин. – Омск: БОУ ДПО «ИРООО», 2010. – 52 с.
8. Викжанович С.Н. Иллюстрированная методика логопедического обследования / С.Н. Викжанович, Т.Н. Волковская. – М.: Образование Плюс, 2009. – 103 с.

Солдатенкова Е.Н. Обзор зарубежных подходов к развитию коммуникации детей с расстройствами аутистического спектра / Е.Н.Солдатенкова // Современная зарубежная психология. – 2014. – Т. 3. – № 3. – С. 52–64.

***Аннотация.** В статье представлен обобщенный обзор зарубежных подходов к оценке и формированию коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Описаны радикалы нарушения коммуникации у детей с РАС. Проанализированы зарубежные подходы (Коммуникационная система обмена изображениями (PECS) Lori Frost и Andrew Bondy; варианты пиктограммно-идеограммного общения (блисс-символика, леббсистема), система жестового языка; Программа Прикладное вербальное поведение; Метод фасилитации коммуникации (FC) и другие), используемые для развития коммуникации детей с РАС и положения, лежащие в основе этих подходов. Рассмотрен вопрос отличия в направленности работы по развитию коммуникации у детей с РАС в отечественной и зарубежной школах. Обозначены основные условия для развития коммуникации у детей с РАС, описанные в рамках культурно-исторического психологии и деятельностного подхода, обеспечивающие включение детей с РАС в образование.*

***Ключевые слова:** аутизм, коммуникация, диагностика, развитие.*

Интерес к повышению качества жизни детей с расстройствами аутистического спектра в настоящее время свойственен в равной степени и отечественной и зарубежной психологии, хотя в зарубежной литературе эта проблема имеет более давнюю историю эмпирического изучения.

В условиях становления инклюзивного образования в России многолетний опыт преодоления коммуникативного барьера у детей с РАС, накопленный многими зарубежными исследовательскими школами, становится особенно востребованным. Особый интерес для ученых представляют коммуникативные нарушения (задержка в

развитии речи и, возможно, отсутствие речи вообще) как наиболее типичные, проявляющиеся в первые годы жизни ребенка с РАС и затрудняющие его адаптацию.

ValCmine, JuliaLearch, GillStevenson в своей книге «Autism in the Early Years» [14] отмечают, что аутичный ребенок часто просто перестает пользоваться словами. Авторы приводят в пример развитие мальчика Лэвиса, в речи которого в возрасте 18-ти месяцев насчитывалось около 20-ти слов, а в возрасте двух лет он преимущественно молчал. Этот пример типичен для описания развития ребенка с РАС.

Разработанные несколькими группами исследователей по всему миру подходы по организации сопровождения детей с РАС характеризуются использованием собственного понятийного аппарата, что отражает парадигмальность науки, определяет множественность оснований (условий) формирования коммуникации у детей с РАС, влечет за собой сложность в определении коррекционных стратегий [13; 21; 23].

Возникает потребность исследования подходов к оценке и вариантов развития коммуникации у ребенка с РАС.

Оценка коммуникации и речевых навыков детей с аутизмом представляет серьезные затруднения, так как в большинстве оценочных шкал принимается за основу нормативный путь развития ребенка, тогда как при аутизме речь можно вести не о задержке развития, а о его искажении, следовательно, диагностические методики должны быть дополнены соответствующими параметрами.

Еще L. Kanner [19], включивший в описание симптомокомплекса РДА не только собственно симптомы аутизма, но и характерные для него расстройства речи, уже обратил внимание на искаженное развитие речи с присущим только аутизму использованием глагольных форм и местоимений по отношению к собственной личности. В частности, он выделил такое речевое нарушение как «запоздалая эхολалия», проявляющаяся в буквальном повторении вопросов с сохранением не только слов, но и интонаций.

L. Bender (1952) описала другой параметр – своеобразное «деревянное», «чревовещательное качество» речи, механические модуляции голоса, особенности его высоты и тональности [5].

В. Hermelin и N. O'Connor (1970) обратили внимание на то, что дети с аутизмом не интегрируют текущий опыт с предшествующими схемами и представлениями, но «эхоящик» у них лучше, чем у детей с задержкой развития, при этом текст со смысловым содержанием запоминается ими не лучше, чем бессмыслица. Они же обратили внимание на снижение уровня сформированности грамматического строя речи у детей с РАС [5].

T. Shapirou и G. Ginsberg (1971) выявили преобладание эхолалий и одновременное сочетание «жаргона», «неполной» и «зрелой речи» [26]. Современные исследователи (Чуприков А.П., 2013) выделяют следующие радикалы речевых нарушений, присущих именно детям с РАС (т.е. не являющихся последствиями задержки развития или речевых нарушений) [10]:

- задержка, остановка или регресс речевого развития без какой-либо компенсации за счет использования жестов;
- отсутствие реакции на речь других (на собственное имя);
- стереотипная речь – эхолалии, т.е. неосознанное повторение чужих слов и фраз, мелодий песен;
- длительное называние себя во втором или третьем лице;
- стойкие аграмматизмы;
- неиспользование личного местоимения «я» и утвердительного слова «да»;
- использование обычных слов в необычном значении (идиосинкратическое использование слов), а также неологизмов;
- неспособность начать и поддержать диалог;
- нарушение просодики (причудливое, скандируемое произнесение слов, своеобразная интонация, характерные фонетические расстройства, нарушения голоса с преимущественно высокой тональностью в конце фразы или слова);

- сложности с пониманием смысла и использованием понятий;
- нарушения невербальной коммуникации (жестикуляции, мимической экспрессии);
- отсутствие в активном словаре слов, обозначающих близких для ребенка людей, например, «мама».

Именно эти признаки и являются теми параметрами, которыми целесообразно дополнить традиционные оценочные шкалы коммуникативного развития ребенка, чтобы получить данные по оценке уровня развития коммуникации детей с РАС.

Для детей дошкольного возраста в целях выявления особенностей коммуникации представителями зарубежных школ рекомендованы следующие опросники:

Опросник доречевой коммуникации, Кёрнен и Рейд [14]: изучает довербальные формы коммуникации, выявляя как положительные тенденции в формировании коммуникации, так и отрицательные, а также исследует допроизвольные формы коммуникации, и предпосылки намеренной коммуникации.

Прагматический профиль ранних коммуникативных способностей, Деварт и Саммерс [14]: оценивает реакцию на установление коммуникации, понимание жестов, намерений человека; реакции в диалоговых ситуациях (инициирование диалога); особенности общения в различных контекстах.

Психо-образовательный профиль, (PEPR), Шоплер и др. [22]: выявляет трудности коммуникации (и не только коммуникации, но и моторики, имитации...) у детей с РАС; тесно связан с подходом, реализуемым в программе ТЕАССН (Лечение и обучение аутичных и некоммуникабельных детей).

Шкала адаптивного поведения Вайленд, Спарроу и др. [14]: широко используется в США, детализирует общий уровень адаптивности, рассматривая ребенка в четырех областях: социализация, повседневные жизненные навыки, моторные навыки, коммуникация.

Прагматический профиль ранних коммуникативных способностей, Деварт и Саммерс [14]: Оценка коммуникативных функций у детей с РАС включает:

- реагирование на попытки установления коммуникации другими людьми, например, понимание жестов, намерений человека;
- реакции в диалоговых ситуациях, например, инициирование и организация диалога;
- особенности общения в различных контекстах.

Диапазон обследуемых коммуникативных навыков в представленных методиках является всесторонним, что позволяет определить те сферы, которые требуют коррекционного вмешательства, как и диапазон диагностического инструментария для оценки коммуникативных навыков, что позволяет учитывать индивидуальные особенности ребенка с РАС и профессиональную готовность педагога.

Вариативные подходы к развитию коммуникации

Ellen Notohm, Veronica Zees в книге «1001 Great Ideas for Teaching & Raising Children with Autism or Asperger's», рекомендуют установить функциональную систему коммуникации в какой-либо форме. Это могут быть слова, жесты, пиктограммы, фотографии, предметы символы (например, для детей с сочетанными нарушениями и с нарушением зрения) [22].

Зарубежными исследователями разработаны и представлены в практике работы с детьми с РАС следующие функциональные системы коммуникации:

Коммуникационная система обмена изображениями (PECS) разработана около двадцати лет назад в США (штат Делавэр, 1995) Lori Frost и Andrew Bondy в рамках «Программы коррекции аутизма». Наблюдения за детьми дошкольного возраста показали, что у 80% детей с аутизмом в возрасте пяти лет и младше нет практически никакой речи. Целью PECS является формирование начальной коммуникации в социальном взаимодействии с использованием обозначающих карточек. Обучение основано на принципах АВА [13]. Следует отметить и другие варианты

пиктограммно–идеограммного общения, которые использовались в случаях тяжелых психофизических нарушений у детей, и которые могут быть использованы для развития коммуникации детей с РАС:

– блисс-символы (Чарльз Блисс, Канада): семантическая языковая система, способная замещать любой другой естественный язык. Алфавитом служат не буквы, а определенное количество графических базовых символов, представляющих значения, которые легко запомнить даже ребенку. В процессе общения используется индивидуальная коммуникативная карта, которая замещает или дополняет естественную речь, и которая создается с учетом индивидуальных способностей ребенка. Размещение символов по клеточной системе и выделение цветом их принадлежности к грамматическому классу облегчает нахождение необходимого слова во время диалога. Случайному собеседнику, незнакомому с блиссметодом, не обязательно знать значение символов – он может прочесть слово, сопровождающее каждый символ в блисскарте. Эта система пригодна для использования на разных речевых уровнях, от сигнального слова до грамматически завершенного предложения [12].

– леб-система (Германия) – система состоит из символов, разделенных на 10 групп: общие знаки взаимопонимания; слова, обозначающие качество; сообщения о состоянии здоровья; посуда, продукты питания; предметы домашнего обихода; личная гигиена; игры и занятия; религия; чувства; работа и отдых. Система охватывает 60 символов (пиктограмм) с напечатанными под рисунками значениями слов. Она может быть использована для работы с детьми, имеющими в своем развитии умственные и физические отклонения, а также с детьми дошкольного возраста, где она применяется в соответствии с возможностями ребенка [6].

Макатон – жестовый язык, разработанный для глухонемых, который часто используется и в работе с аутичными детьми. Однако, учитывая буквальное понимание языка детьми с аутизмом, следует признать, что макатоновский язык для них слишком сложен. Исследование 70-ти детей с РАС (Bonvillian&Nelson, 1978), показало, что

многие дети так и не научились использовать более пары жестов и остались невербальными [8].

Программы Прикладное вербальное поведение (AVP) – базируются на теориях поведенческого психолога Б.Ф. Скиннера о происхождении вербального поведения. Скиннер делит язык на следующие категории: запрос, имитация, экспрессия, следование инструкциям, ответ на вербальное поведение. AVP обучает детей имитировать, и делать то, что Скиннер называет MANDING – осуществлять запрос, используя вокализацию, знаки, или систему коммуникации при помощи обмена картинками. AVP отличается от традиционной АВА менее формальной и структурированной практикой и организацией процесса обучения в естественной среде.

Метод Миллера [21] – основан на повторяющемся поведении и желании ребенка завершить начатое действие. Использовался в Центре по развитию языка и когнитивных навыков (LCDC) в Массачусетсе. В его основе лежит системный подход – структурированное взаимодействие с ребенком с целью последовательного его вовлечение в «СИСТЕМУ». Признаком успешно сформированной системы является желание ребенка продолжать активность после того, как происходит прерывание деятельности. По Миллеру вовлечение ребенка в систему отношений происходит двумя путями:

- построение повторяющегося поведения, которое выполняет ребенок, например, выстраивание кубиков;
- обучение детей определенному поведению, которое они не могли спонтанно воспроизводить, без помощи взрослого, например, обучение ребенка переливанию воды в стакан.

По Миллеру, важно использовать потребность ребенка завершить начатое действие для его обучения функциональной коммуникации и расширения представлений об окружающем мире. Так, в стадии ожидания у ребенка возникает желание завершить песню «Мерцай, мерцай маленькая...», и он договаривает «звезда».

Данная работа предполагает прохождение пяти уровней, из которых первые четыре являются предисполнительными стадиями, на которых осуществляется ориентация, т.е. ребенок инициирует контакт со стимулами в его окружении, а затем происходит взаимодействие со стимулом.

Арнольд Миллер считает, что ориентация и взаимодействие со стимулом являются предпосылками для формирования системы, в рамках которой ребенок начинает воздействовать на стимул или развивает другую повторную, предсказуемую, организованную единицу поведения.

Ребенок успешен на данном уровне, если:

- поведение продолжается самостоятельно;
- ребенок пытается компенсировать поведение, в случае, когда начатое действие осталось незавершенным.

При этом следует учитывать и то, что разрушение системы обычно приводит к эмоциональному стрессу у ребенка, поэтому важно сформировать запрос на коммуникацию, например, показать, что вокализация может помочь в получении желаемого. Когда же возникает функциональная вокализация, партнер по общению должен немедленно удовлетворить желание ребенка.

Понятия использования и разрушения системы, являются центральными в методе Миллера.

– Первичной целью является формирование ритуала поведения, когда существенный сенсорный раздражитель системы активизирует поведение в целом. На данном этапе, существенные стимулы из окружения управляют поведением. Ребенок способный сформировать систему, все еще контролируется этой системой.

– Завершающей стадией является включение в систему элемента выбора: ребенок может выбрать с чем ему взаимодействовать: с погремушкой, или с какой-либо другой игрушкой.

Вмешательство в развитие отношений (RDI) [15] – начиная с 1996 года ряд ученых, проанализировав опыт работы предшествующих под-

ходов, таких как АВА, метод Миллера, акцентировали внимание на отношениях, складывающихся в процессе работы с ребенком. Специалисты RDI предпочитают акцентировать внимание на эмоциональной составляющей взаимодействия, например, рекомендуют использовать в работе с детьми декларативные («ой-ой»), а не императивные утверждения. Также специалисты RDI продвигают идею спонтанного обучения, не ограничиваясь лишь инструментальным взаимодействием. При помощи RDI детей побуждают получать опыт взаимодействия, не ограничивая их социальным и/или инструментальным взаимодействием. Инструментальные контакты важны, поскольку они обеспечивают механически воспроизводимые образцы, служащие для достижения определенной цели, например, заказывать гамбургер у кассира. Специалисты RDI формируют у ребенка такой опыт взаимодействия, при котором люди связаны между собой для создания общих, совместных событий.

Метод фасилитации коммуникации (FC) – обеспечение эмоциональной поддержки и физической помощи (например, поддержание руки при, необходимости) при коммуникации, отражен в работах Розмари Кроссли» [23]. Развитие программы обучения, основанной на облегченной коммуникации, получило свое распространение в связи с открытием DEAL, первого центра в Австралии, посвященного исключительно потребностям индивидов с серьезными нарушениями коммуникации. Ожидалось, что основная клиентура будет состоять из людей с врожденной или приобретенной мозговой патологией. Фактически же с 1986 до 1990 г. они составили лишь 32% от общего числа клиентов, остальные были диагностированы как умственно отсталые или страдающие детским аутизмом. Специалисты центра предложили методы улучшения мелко моторных функций и коммуникативных способностей, которые в дальнейшем и получили название «обучение облегченной коммуникации».

Обучение облегченной коммуникации – далеко не простое решение коммуникативных проблем. С одной стороны, предлагается момен-

тальное решение, но при этом следует помнить, что помощник может повлиять на содержание информации, выдаваемой пользователем. Поэтому это не идеальная стратегия, это стратегия, которую можно использовать, если нет ничего лучше. По утверждению специалистов Центра, тщательная диагностика всех маленьких детей со значительным отставанием в речевом развитии и как можно более раннее вмешательство профильных специалистов могут свести на нет потребность в облегченной коммуникации. Хотя о ее плюсах забывать не стоит – это порой единственная возможность достоверно оценить возможности тех, кто ранее диагностировался как имеющие сниженное интеллектуальное развитие.

Социальная коммуникация – специалисты SCERTS [14] выделяют две зоны в своей работе.

1. Формирование совместного внимания (способность проследить за тем, на что указывает другой человек, или проследить за взглядом другого человека). Специалисты SCERTS обучают общему вниманию, используя преувеличенные лицевые жесты и вербальные сигналы, в неожиданной или ожидаемой ситуации. Вы можете обучить ребенка следить за взглядом, например, поворачивая голову и пристально глядя в сторону того объекта, на который он не смотрит. После этого можно уменьшить интенсивность поворота головы в сторону объекта, ограничиваясь лишь движениями глаз, при помощи которых вы показываете направление, в котором находится объект.

2. Использование символов: при этом специалисты учитывают, что низко функциональные дети с аутизмом находятся на досимволической стадии, и для коммуникации с ним можно использовать жесты или объекты. Символическая стадия характеризуется использованием знаков (карточные символы) или функциональной вербальной коммуникации.

Специалисты считают важным, чтобы ребенок в повседневной жизни также использовал различные модальности коммуникации. Например, когда папа не слышит его просьбу взять на руки, так как

он в наушниках, то ребенок может использовать систему PECS или даже сделать досимволический жест, поднимая руки вверх.

Центр развития коммуникации в Медисоне (Висконсин) [14] акцентирует внимание на преодолении диспраксии, и рекомендует совместную работу органов дыхания, вокального (голосового) оформления и артикуляционную готовность в процессе формирования коммуникации. Иерархия практической помощи при обучении ребенка, страдающего аутизмом или синдромом Аспергера выглядит так:

1) ребенок на этом уровне не делает никаких попыток использовать голос для общения;

2) ребенок использует голос (но не обязательно слова), чтобы общаться с вами во время игры. Это может быть и визг во время спуска с горки и просто гудение;

3) высказывания ребенка удлиняются достаточно, чтобы продемонстрировать варианты интонаций, чтобы голос повышался или понижался, становился тихим или громким;

4) этап управления звуком. На этом уровне звуки и вербальные высказывания ребенка принимают форму общения, которое он может начать, приостановить или как-то иначе управлять им;

5) гласные звуки. Устойчивые словесные высказывания ребенка в сочетании с профессиональной терапией в случае необходимости укрепляют язык ребенка и артикулярные мышцы. На этом уровне звуки, издаваемые детьми, становятся похожими на речь;

6) согласные звуки. Требуют более четкой и согласованной работы органов артикуляционного аппарата;

7) последовательности звуков. Использование звуков, повторение звуков в определенном порядке.

9) осмысленная речь.

Перечисленные подходы при организации условий, необходимых для формирования коммуникации у ребенка с РАС, позволяют учитывать индивидуальные особенности детей с РАС, и даже одного ребенка, на разных этапах работы с ним.

Однако парадигмальность в решении данного вопроса затрудняет работу специалистов, которые испытывают трудности при выборе подхода в связи с наличием широкого диапазона нарушений коммуникации, их вариативностью и эклектичностью, что не всегда оказывает позитивное влияние на ребенка.

Данную ситуацию можно охарактеризовать определением П.П. Блонского, которое он дал еще зарождающейся науке педологии – «винегрет различных сведений и знаний, но недостаточно оформленная наука в собственном смысле этого слова» [1].

Между тем, еще Л.С. Выготский пытался разрешить данное методологическое противоречие в своей диалектической работе, заложив основы культурно исторического подхода [3] к объяснению психологического развития человека, получившие дальнейшее развитие в трудах его учеников А.Н. Леонтьева [7] и П.Я. Гальперина [4] и других.

Выше обозначенные тенденции в создании условий для развития коммуникации детей с РАС близки к современному пониманию организации специальных условий для обучения и воспитания в традициях отечественной науки: совместная дозированно разделенная деятельность, построенная на системной диагностике, являясь движущей силой развития ребенка с РАС, учитывающая активность ребенка, формирующая его субъектность, позволяет формировать знаковые, не только символические системы, использовать различные коммуникативные средства, акцентируя внимание на развитии более универсальной формы коммуникации – речевой, открывая тем самым большие возможности для адаптации ребенка с РАС при определенных благоприятных условиях (характер взаимодействия со взрослым).

Именно эти условия и возможности ребенка Л.С. Выготский когда-то и назвал зоной ближайшего развития ребенка в своей книге «Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства» [2].

Литература

1. Блонский П.П. Педология / П.П. Блонский. – М.: Государственное учебно-педагогическое издательство, 1934. – 356 с.
2. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / Л.С. Выготский // Собрание сочинений: в 6 т. Т. 5. Основы дефектологии. М.: Педагогика, 1983. С. 257–321.
3. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса / Л.С. Выготский // Психология развития человека. – М., 2003. – С. 41–190.
4. Гальперин П.Я. О методе поэтапного формирования умственных действий / П.Я. Гальперин // Теории учения: Хрестоматия. – М., 1998. – С. 39–52.
5. Шипицына Л.М. Детский аутизм: Хрестоматия: учеб.пособие для студ. высших и средних педагогических, психологических и медицинских учебных заведений / Л.М. Шипицына. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001. – 368 с.
6. Шипицына Г. Леб–система: Система символов как вступление в коммуникацию с неумеющими говорить или только изучающим язык детьми / Перевод К. Ключко, Г. Шипицына. – Минск: Открытые двери, 1996. – 27 с.
7. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / А.Н. Леонтьев. – М.: Политиздат, 1977. – 304 с.
8. Макатон. Языковая программа Макатон в России. – URL: <http://makaton.ru/> (дата обращения: 15.09.2014).
9. Никольская А.А. Значение П.П. Блонского в истории психологии / А.А. Никольская // Вопросы психологии. – 1985. – № 1. – С. 121–125.
10. Чуприков А.П. Расстройства спектра аутизма: Медицинская и психологопедагогическая помощь / А.П. Чуприкова, А.М. Хворова. – Львов: Мс., 2013. – 272 с.
11. Bender L. Schizophrenia in childhood: A Confirmation of the Diagnosis // Transactions of the American Neurological Association. 1952. Vol. 77. P. 67–73.

12. Blissymbolics Communication International [Electronic resource]. Goteborg: Blissymbolics Communication International c/o DAR, 2012–2014. URL: <http://www.blissymbolics.org/> (Accessed: 15.09.2014).
13. Bondy A., Frost L. A picture's worth: PECS and other visual communication strategies in autism. Bethesda, MD: Woodbine House, 2002. 155 p.
14. Cumine V., Dunlor J., Gill S. Autism in the Early Years: A practical Guide. N.Y.: Routledge, 2010. 120 p.
15. Gutstein S.E. Relationship Development Intervention with Young Children [Electronic resource]: Social and emotional Development Activities for Asperger Syndrome, autism, PDD and NLD. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers, 2002. 331 p.

Мишенева Л.Н. Особенности коммуникативной деятельности у детей с РАС / Л.Н. Мишенева, А.А. Белисова, С.В. Васерман, Е.А. Кронштанова, Н.И. Николаева // Инновационное развитие науки и образования. – 2018. – С. 190–192.

Аннотация: в статье указаны особенности коммуникативной деятельности у детей с РАС, отмечаются различные виды альтернативной коммуникации, рассматривается система PECS, выделены рекомендации по использованию данной системы в работе с детьми с РАС.

Ключевые слова: дети с РАС, коммуникация, коммуникативная деятельность детей с аутизмом, альтернативная коммуникация, система PECS.

Коммуникация – это не только речь, но и невербальные средства общения. Важным аспектом коммуникации является желание вступать в контакт и понимание того, что ребенку сообщают или что он сам хочет сообщить.

Коммуникация у ребенка развивается с самого рождения. Дети с самого рождения настроены на социальное общение, реагируют на голос человека, выбирая его из всех других слуховых стимулов. Малыши быстро понимают, что взрослый реагирует на их плач, и начинают ис-

пользовать его как форму коммуникации. Они издают различные звуки, смотрят на взрослого, улыбаются, отводят взгляд, и все это является доступной детям формой коммуникации. Примерно в возрасте 1 года у детей появляется новое вербальное средство общения – речь, до этого они в основном используют невербальные средства коммуникации. По мере взросления коммуникативные способности продолжают активно развиваться, дети становятся самостоятельными, у каждого появляются свои манеры общения со сверстниками и родителями. В дошкольном возрасте все большее значение для ребенка приобретают отношения со сверстниками, воспитателями детского сада и другими людьми. Важным аспектом коммуникации является желание вступать в контакт и понимание того, что ребенку сообщают или что он сам хочет сообщить [1]. Но если у ребенка есть какие-то нарушения, то общаться и устанавливать контакт с окружающими ему намного сложнее. Коммуникативная деятельность у детей с РАС имеет ряд особенностей: в речи преобладают эхолалии, стереотипные высказывания, редко используют речь для контактов с людьми. У некоторых детей речь практически не развивалась, а у других преобладала многоречивость, но от таких детей трудно получить ответ на вопрос, их речь не сочеталась с ситуацией, ни к кому конкретно не адресовывалась. Социальное взаимодействие ребенка с РАС имеет следующие особенности: трудности адекватного использования глазного контакта, мимики, поз, жестов, интонаций; проблемы в организации диалога и произвольного взаимодействия. В эмоциональной сфере также наблюдаются трудности: незрелость эмоциональных реакций; преобладает выражение отрицательного аффекта; затруднение в связывании в единое целое разных способов выражения чувств (мимикой, голосом, жестами); трудности в способности разделять переживания с другими людьми. Все это вызывает трудности во взаимодействии с другими людьми и требует коррекционной работы. У некоторых детей речь не развивается совсем, у одних слова вообще не появляются, другие начинают произносить слова вне коммуника-

ции, но вскоре после года теряют их [2]. Чтобы помочь детям в этой ситуации, нужно использовать альтернативную коммуникацию.

Альтернативная коммуникация – это все способы коммуникации, дополняющие или заменяющие обычную речь людям, не способным удовлетворительно объясняться с помощью речи [4].

Цели использования альтернативной коммуникации:

- построение функционирующей системы коммуникации;
- развитие навыка самостоятельно и понятным образом доносить до слушателя новую для него информацию;
- развитие способности ребёнка выражать свои мысли с помощью символов.

Существует несколько видов альтернативной коммуникации для детей с аутизмом: топографический и селективный.

Топографический тип – этот вид включает в себя язык жестов, мимику и телодвижения, движение пальцев рук, составляющих слова, и разговорной вокальной речи.

Селективный тип – используются различные символы: выбор символа или карточки из ряда других символов, данный вид опосредован дополнительными приспособлениями (книги, ноутбуки, электронные платформы, карточки) и требует хороших навыков визуального восприятия и сканирования [4]. Данные виды помогают ребенку научиться общаться с другими людьми, развивают навык самостоятельно и понятным образом доносить до слушателя информацию. Одним из наиболее распространенных методов альтернативной коммуникации является система карточек PECS. Обучение данным способом способствует развитию речи у ребенка с аутизмом – некоторые дети после начала программы PECS начинают использовать спонтанную речь.

PECS (Picture Exchange Communication System), или Коммуникационная система обмена изображениями была разработана в конце 80-х гг. доктором Эндрю Бонди и его помощником Лори А. Фрост. Цель программы: побуждение к спонтанному коммуникационному взаимодействию. Выделяют 6 этапов обучения:

Стадия первичного обучения – осуществляется физический обмен картинки на предмет. Для взаимодействия нужно два человека: тот, у кого просят и тот, кто помогает ребенку сделать действие (подсказывает). На занятиях это могут быть два педагога, а дома – члены семьи.

Вторая стадия обучения – научить ребенка отдавать карточку, если человек не рядом (спонтанные действия). Для этого нужно сделать книгу с набором карточек и коммуникационное поле, на которое ребёнок будет выкладывать карточки, изученные ранее. Важно научить ребенка привлекать внимание собеседника для общения.

Третья стадия обучения – выбор двух-трех различных картинок, обучение распознавать, что изображено на карточке. Важно научить ребенка находить нужную карточку в книге. Также существуют специальные приспособления для работы на улице, в гостях, для облегчения коммуникации при передвижении по дому. На этой стадии вводим глаголы.

Четвертая стадия обучения – обучение составлять предложения с помощью карточек такого вида: «Я хочу (предмет)», «дай мне (предмет)», также используется техника «обратной цепочки».

Пятая стадия обучения – обучение отвечать на простые вопросы: «Что ты хочешь?», «Что ты видишь?» при помощи карточек.

Шестая стадия обучения – обучение делать комментарии при помощи карточек [3]. Для того чтобы ребенок активно пользовался карточками PECS, важно провести полноценную коррекционную работу, которая может длиться не один год.

Основными достоинствами системы PECS является:

1. Быстрое накопление основных функциональных навыков коммуникации.

2. Работа с карточками дает толчок для проявления ребенком инициативы общаться и спонтанно произносить слова.

3. С помощью PECS общение для ребенка с окружающими людьми становится более доступным, на основе этого появляется возможность обобщить приобретенные вербальные навыки.

Таким образом, коммуникативная деятельность у детей с РАС развивается своеобразно и имеет ряд особенностей:

- мутизм, эхолалии, аграмматичность, стереотипные высказывания;
- слабость эмоциональных контактов;
- отсутствие комплекса оживления в раннем возрасте;
- трудности в проявлении эмпатии;
- отсутствие желания понравиться, заслужить похвалу, одобрение;
- отсутствие тяготения к детскому коллективу, потребности в общении со сверстниками;
- стремление к одиночеству. Все это затрудняет взаимодействие с окружающими и требует проведения коррекционной работы, которая предполагает развитие коммуникации у детей с РАС с помощью альтернативной коммуникации. Этот вид коммуникации оказывает положительное влияние на ребенка с аутизмом и стимулирует появление речи и способствует её развитию.

Литература

1. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина. – СПб.: Питер, 2009. – 320 с.
2. Никольская О.С. Особенности психического развития детей с аутизмом / О.С. Никольская, М.Ю. Веденина. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/osobennosti-psihicheskogo-razvitiya-detej-s-146> (дата обращения: 10.11.2018)
3. Фрост Л. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS): руководство для педагогов / Л. Фрост, Э. Бонди. – М.: Теревинф, 2011. – 416 с.
4. Черепанова В.С. Методы альтернативной коммуникации в работе с детьми с расстройством аутистического спектра / В.С. Черепанова, Назаревич О.С. // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 39. – С. 3336–3340.

Лебедь-Великанова Е.Е. Особенности коммуникации детей с ранним детским аутизмом / Е.Е. Лебедь-Великанова // Здоровье для всех. – 2017. – № 2. – С. 22–25.

Аннотация. В статье рассматривается актуальный вопрос особенности коммуникации детей с ранним детским аутизмом. Представлены условия успешной коммуникации таких детей, а также диагностика коммуникативных, когнитивных, лингвистических, психо-социальных и моторных способностей детей.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, коммуникации.

Введение. Ранний детский аутизм, по мнению многих авторов, является тем заболеванием, которое приводит к трудностям во взаимодействии с другими людьми, в социальной адаптации и интеграции в общество. В нашем исследовании мы обращаем внимание именно на это заболевание, так как в Республике Беларусь с 2005 по 2013 год общее число детей, находящихся под наблюдением врачей-психиатров с детским аутизмом, возросло в 2,8 раз (с 251 до 699 случаев). Детский аутизм хуже других форм психопатологии детского возраста поддается терапии. По результатам мировой статистики, с аутизмом разной степени тяжести сталкивается каждый 68-й ребенок – значит, каждый год в Беларуси появляется больше 1 000 особенных детей.

Термин «аутизм» (от греческого «autos» – «сам») был введен в психологию Е. Блейлером (1928) для описания особого вида мышления, регулируемого аффектом, а также для описания ухода от социальной жизни, наблюдающегося у взрослых людей, больных шизофренией. Определяя аутистический тип мышления, Е. Блейлер подчеркивает его независимость от реальной действительности, свободу от логических законов и управление «аффективными потребностями» человека.

Определения таких ученых, как Л. Каннер и Г. Аспергер сходны во многих отношениях. Выбор термина «аутистический» для описания пациентов сам по себе является необычным совпадением. Такой выбор отражает их общую убежденность в том, что социальные проблемы

детей являются наиболее важным и характерным признаком этого нарушения. Как Л. Каннер, так и Г. Аспергер считали, что при аутизме социальный дефект является врожденным (по Л. Каннеру), или конституциональным (по Г. Аспергеру), и сохраняется на протяжении всей жизни. Кроме того, и Л. Каннер, и Г. Аспергер отмечали трудности со зрительным контактом, стереотипные слова и движения, а также сопротивление изменениям.

Представление об аутизме как первичной фазе детского развития наиболее полно представлено в психоанализе. Процесс развития ребенка, как известно, оценивается З. Фрейдом (1913) в виде последовательной смены объектов удовлетворения сексуального инстинкта. На ранних стадиях развития либидо не носит направленного характера и не дифференцировано от других потребностей организма. Поэтому на данном этапе действует всеобщий «принцип удовольствия». Младенец, по Фрейду, аутичен, так как переживание удовольствия не связано с реакциями на внешний мир. Все впечатления ребенка, его психические структуры спаяны с аффектом и им вызываются. Аутистическое удовлетворение желаний прерывается в период от одного до полутора лет, когда инстинкты-табу вступают в конфликт с уже изолированным либидо [3].

Аутизм – это нарушение работы мозга, которое всегда ставило родителей и специалистов в тупик. Взаимодействуя с физическим миром, такие дети испытывают значительные трудности: их способность взаимодействовать с окружающей средой очень слабая. Понятие «аутизм» часто подразумевает барьеры в социальном взаимодействии, трудности в отношениях с другими людьми. Речь таких детей очень скудна, артикуляция, как правило, не очень страдает, но интонации бедны, голос монотонный, характерны эхолалии. Выражение эмоций таких детей тоже отличается от нормы. Одни дети кажутся неэмоциональными: они практически не проявляют ни страха, ни любви. Другие же, наоборот, чересчур эмоциональны: страдают вспышками гнева. Агрессии резко переходят из одного состояния в другое.

В таблице 1 представлены развитие речи и коммуникации у детей с ранним детским аутизмом [1].

Возраст в месяцах	Развитие при аутизме
6	Плач тяжело интерпретировать
8	Ограниченные или необычные гуления (такие как визги или крики). Не имитирует звуки, жесты, выражения
12	Могут появиться первые слова, но часто не используются со значением. Частый громкий крик, остающийся трудным для интерпретации
24	Обычно словарный запас – менее 15 слов. Слова появляются, затем исчезают. Жесты не развиваются; присутствует несколько указывающих на объект жестов
36	Комбинация слов встречается редко. Может повторять фразы, но использование языка не творческое. Плохой ритм, плохая интонация. Бедная артикуляция примерно у половины или более детей речь не осмысленная.
48	Берет родителей за руку и ведет к объекту, подходит к месту его привычного расположения и ждет, пока ему дадут предмет. Может творчески создать несколько комбинаций из 2–3 слов. Эхолалия остается и может использоваться при коммуникации. Произносит просьбы.

Таблица 1. Развитие при аутизме: речь и коммуникация

Наиболее важными коммуникационными функциями у детей с ранним детским аутизмом являются (Watson, 1989 г.) следующие:

1. Просьба – эта функция может быть выражена как вербальными, так и невербальными способами. Например, в виде слов или картинок.
2. Требование внимания. Эта функция может быть выражена похлопыванием по плечу или каким-либо звуковым сигналом.

3. Отказ. Данная коммуникативная функция у детей с ранним детским аутизмом может быть выражена очень сильно и может создавать проблемы при взаимодействии. Проявляется в виде отбрасывания предмета, игрушки. Также проявления могут быть и в недостаточном развитии этой функции, и проблем в коммуникации тогда будет еще больше. В этом случае необходима стимуляция. Вышеуказанные функции усваиваются детьми намного быстрее, чем последующие.

4. Комментирование всего, что ребенок может видеть в своем ближайшем окружении, при этом ребенок указывает на картинку.

5. Сообщение информации о предметах, которые в данный момент ребенок не может видеть, о прошлом и будущем – это более абстрактные понятия. Показ картинки на вопрос «Что ты собираешься делать?».

6. Запрос информации: «Когда я поеду домой?» при этом ребенок показывает картинку с изображением машины.

7. Сообщение о своих эмоциях. Дети, страдающие аутизмом, испытывают много эмоций; иногда это экстремальные эмоции. В данном случае необходимо различать «пред-коммуникативное поведение». Когда ребенок хочет нам что-то сообщить, но не может из-за недостатка ресурсов. Наша задача состоит в том, чтобы превратить его «пред-коммуникативное поведение» в коммуникацию [2].

Объект исследования: особенности развития способности к коммуникации детей с ранним детским аутизмом.

Предмет исследования: средства коммуникации для детей с ранним детским аутизмом.

Цель исследования: изучение особенностей развития способности к коммуникации детей с ранним детским аутизмом.

Исследования Джона Е. Апледжера, Джона Д. Вредевулда показали, что для детей с ранним детским аутизмом при коммуникации наиболее приемлемо мягкое, доброжелательное прикосновение, способствующее установлению положительных взаимоотношений между ребенком и исследуемым.

Исследование проводилось на базе ГУСО «Центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации Пинского района» в период с мая 2016 года по сентябрь 2017 года. В опытно-экспериментальной работе приняло участие 15 детей дошкольного возраста с ранним детским аутизмом. Путем наблюдения у всех детей с ранним детским аутизмом диагностировалась потребность в коммуникации. Оценивались следующие исходные положения: коммуникативные, когнитивные, лингвистические, психосоциальные и моторные способности лица – потенциального пользователя поддерживающей коммуникации. Полученные данные послужили обоснованием необходимости определения условий успешного обучения коммуникации, а также для выбора методик развития коммуникации с учетом актуальных и потенциальных коммуникативных потребностей. При анализе данных выявлено следующее: коммуникативное поведение, в частности, вокализация у детей с ранним детским аутизмом характеризуется произнесением отдельных звуков у 50 % детей, остальные 50 % используют звуки для привлечения к себе внимания; взгляд: 20 % детей не выдерживают зрительный контакт собеседника, 15 % детей проявляют различия в визуальном поведении по отношению к знакомым людям, 65 % детей наблюдают за окружающей обстановкой и людьми; мимика: 70 % детей не могут мимикой понятно выражать чувства (радость, удивление, грусть и т.д.), 30 % детей не могут отвечать мимикой на вопросы и ситуацию; оценка показателя лингвистических способностей выявила у 20 % детей понятие бытовых вопросов, у 80 % детей выявлено отсутствие умения однозначно ответить «Да» или «Нет»; по показателю двигательных способностей у 85 % детей с ранним детским аутизмом моторное развитие на высоком уровне, и лишь у 15 % моторное развитие на среднем уровне; по показателю когнитивных способностей выявлено, что такие функции, как внимание, восприятие (слуховое и тактильное), знаково-символическая деятельность, мышление и память находятся у всех детей на среднем уровне; показатель психосоциальных способностей

на среднем уровне (мотивации общения с другими людьми присутствует, проявление интереса к картинкам и фотографиям и т.д.).

На основании полученных данных выделены следующие особенности успешной коммуникации с ребенком дошкольного возраста с ранним детским аутизмом:

- у каждого ребенка, страдающего аутизмом, должна быть своя индивидуальная система коммуникации. Форма коммуникации адаптированная к ребенку, является первым условием эффективной коммуникации.

- второе условия обучения коммуникационным навыкам – следует учитывать потребности ребенка.

- создание «провокационных» ситуаций – это третье условие обучения коммуникации ребенка с аутизмом, так как ближайшее окружение ребенка делает все возможное, чтобы приспособиться к нуждам ребенка, то есть все потребности ребенка удовлетворяются еще до того, как он пытается их выразить.

- четвертое условия развития коммуникации – это понимание взрослым информации, передаваемой ребенком невербальным способом.

На основе полученных данных выбраны методики развития коммуникации у детей с ранним детским аутизмом: методика базальной стимуляции А. Фрелиха и методика базальной коммуникации.

Таким образом, во-первых, ранний детский аутизм – это заболевание, при котором присутствуют нарушения коммуникации, речи, социального взаимодействия и последующие трудности интеграции ребенка в общество; во-вторых, при развитии коммуникации у ребенка с ранним детским аутизмом необходимо учитывать особенности их развития.

Литература

1. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес. – М.: Теревинф, 2009. – 272 с.

2. Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию: книга для педагогов-дефектологов / Т. Питерс; пер.

с англ. М.М. Щербаковой; под науч. ред. Л.М. Шипицыной, Д.Н. Исаева. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2033. – 240 с.

3. Франческа, А. Введение в психологическую теорию аутизма / А. Франческа; пер. с англ. Д.В. Ермолаева. – М.: Теревинф, 2006. – 216 с.

Щукина Д.А., Логинова Е.А. Состояние проблемы изучения нарушений речевого развития и общения детей с расстройством аутистического спектра / Д.А. Щукина, Е.А. Логинова // Специальное образование. – 2016. – С. 150–154.

Отечественные и зарубежные авторы отмечают ряд характерных особенностей, проявляющихся у детей с аутизмом, таких как трудности социализации, общения и стереотипный характер поведения, интересов и деятельности. Но, несмотря на широкий спектр нарушений у детей с аутизмом, основными причинами обращения родителей к специалистам являются особенности речевого развития. Анамнестические данные подтверждают, что первостепенные жалобы возникают вследствие специфики речи аутичных детей. Чаще всего их действия носят некоммуникативный характер, особенно затруднено инициирование коммуникации. Многие аутичные дети характеризуются неспособностью адекватно выражать различные коммуникативные намерения (просьбы, требования, комментарии, чувства и т. д.) используя вербальные и невербальные средства коммуникации [8].

В ряде случаев, сообщают о своих намерениях нетрадиционными способами [7]. Например, просьба может выражаться в виде дезадаптивного поведения: криков, агрессии. В то же время речь может использоваться в качестве аутостимуляции, не выполняя определенной коммуникативной функции. Интенция может быть выражена в виде эхолалии, которая в другой ситуации также не имеет коммуникативной направленности. Иногда дети, использующие эхолалическое высказывание с каким-либо коммуникативным намерением, могут не подходить к че-

ловеку, которому адресовано высказывание – не смотреть на него и не привлекать его внимание другими способами. Эти особенности затрудняют процесс общения, т. к. окружающим людям становится сложно определить цель высказывания ребенка.

По мнению U. Frith, у аутичных детей отмечаются трудности при смене коммуникативных ролей “говорящего” и “слушающего”, вследствие проблемы в интегрировании значимой информации [5]. В процессе диалога, дети с аутизмом не способны обеспечить обратную связь и тематическую направленность информации.

Важно отметить, что предпосылки данной проблемы появляются уже в первые месяцы жизни аутичного ребенка. На первом году ребенка с аутистическими нарушениями не устанавливается «диалог чувств» и созвучность эмоций для взаимодействия с родителями. Он оказывается неспособен «сравнивать» собственные чувства и впечатления с чувствами и впечатлениями других людей, в результате чего не происходит «эмоционального заражения». В связи с этим у аутичных людей на протяжении всей жизни сохраняется проблема с диалогом, особенно при разговоре о своих впечатлениях, переживаниях.

Т. Питерс приводит данные, связанные с развитием речи и коммуникации у детей с детским аутизмом [2]. Так, у полугодовалых детей сложно интерпретировать плач. Гуление ребенка ограничено или необычно и больше напоминает крики. Ребенок не имитирует звуки, жесты, выражения.

К году могут появиться первые слова, но часто ребенок не использует их в правильном значении. Ребенка характеризует частый громкий крик, остающийся трудным для интерпретации. В конце первого года у аутичных детей не формируется исследовательское поведение, нет проявления любопытства по отношению к окружающей их обстановке; они не стремятся к совместной деятельности с родителями. Дети застревают на стереотипных манипуляциях с одни тем же объектом, аутостимулируются определенными сенсорными впечатлениями. У детей не формируется социальная улыбка; первая улыбка появляется в от-

вет на предметы окружающего мира (звуковые, зрительные раздражители), а не на лицо матери или другого близкого человека, и у них наблюдается недостаточная выраженность эмоциональных реакций на близких людей. Детей характеризует индифферентное или негативное отношение к окружающим людям, слабое взаимодействие, безразличное или отрицательное отношение к контакту. Отсутствует реакция на свое имя, реакции на речь другого человека, хотя в других ситуациях реакция может быть своевременной и адекватной (феномен включения-выключения).

При общении детей с родителями отмечались трудности в системе взаимного обмена, проявляющиеся в виде недостаточно синхронизации лицевой экспрессии, движений тела. Дети демонстрировали отсутствие позитивной обратной связи, необходимой для установления взаимодействия между матерью и ребенком. К полутора годам, у аутичных детей начинают проявляться особенности поведения: недостаток концентрации внимания, ответной реакции, эмоциональная неустойчивость.

К двум годам обычно словарный запас ребенка составляет менее 15 слов. Слова появляются, затем исчезают. Жесты не развиваются. К трем годам комбинации слов в речи ребенка встречаются редко. Он может повторять фразы, но не использует язык творчески. J.L. Adrien, M. Faure анализировали домашние кинофильмы про детей, которым позднее был поставлен диагноз аутизм [3]. Они сделали наблюдение, что в первые два года возникают проблемы социального взаимодействия, эмоциональные расстройства, аномальные визуальные и слуховые формы поведения, нарушения мышечного тонуса, двигательных актов. Наиболее отчетливо нарушения коммуникативного характера проявляются к трем годам.

Характерны неправильный ритм речи, неадекватная интонация. Бедная артикуляция наблюдается примерно у половины говорящих детей. У половины или более детей речь неосмысленная (без понимания значений используемых слов).

К четырем годам ребенок берет родителей за руку и ведет к объекту, подходит к месту его привычного расположения и ждет, пока ему дадут предмет. Самостоятельно ребенок может создать несколько комбинаций из двух-трех слов [2]. Дети с аутизмом обычно не подчиняются речевым инструкциям и не обращают внимания на лицо говорящего, что делает нормально развивающийся ребенок первого года жизни. То, что в норме является основой организации речевого взаимодействия, у ребенка с аутизмом становится объектом аутостимуляции [1].

Интересными представляются исследования D. Ricks, который изучал четыре различных типа звуков, с помощью которых аутичные дети, находящиеся в доречевой стадии развития, в возрасте между тремя и шестью годами, и нормально развивающиеся дети в первые два года жизни выражали «требования», «чувство неудовлетворенности», «приветствие» и «удивление» в ответ на эмоционально значимую ситуацию [6]. Оказалось, что родители аутичного ребенка были способны распознать сообщения их собственного ребенка и сообщения нормально развивающихся детей по звукам, которые они издавали, но они были не способны интерпретировать звуки других детей с аутизмом. Исследования D. Ricks позволили сделать несколько выводов, в частности о том, что все дети с аутизмом либо не имеют, либо очень рано теряют врожденную способность выражать универсальные эмоции (эмоции, которые могут быть понятны всем людям); окружающие должны знать детей с аутизмом достаточно хорошо для того, чтобы безошибочно интерпретировать способы выражения их эмоций.

Таким образом, сигналы, подаваемые аутичными детьми, находящимися на доречевой стадии, являются уникальными. Они испытывают недостатки в универсальных, эффективных коммуникативных просодических проявлениях, наблюдаемых у нормальных младенцев и детей раннего возраста.

В исследовании A.H. Attwood были изучены пять жестов, их использование и распознавание аутичными детьми пятилетнего возраста [4]. Жесты «желания», когда ребенок пытается дотянуться до объекта; «инструментальные» жесты, используемые для организации поведе-

ния других людей (например: «подойди», «смотри», «уходи» появляются в возрасте двух лет); «экспрессивные» жесты, используемые для выражения эмоций, например, рука перед ртом означает «я смущен» (наблюдается в возрасте 4 лет) и др.

Оказалось, что в группе аутичных детей 34 % испытуемых использовали жесты «желания», 66 % – «инструментальные» жесты, «экспрессивные» жесты не использовал никто. В то время как в группе здоровых детей 48 % использовали жесты «желания», 26 % использовали «инструментальные» жесты, чтобы повлиять на поведение других людей, и 26 % – «экспрессивные» жесты для выражения эмоций.

Литература

1. Никольская О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2000. – 336 с.
2. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. – СПб.: Институт спец. педагогики и психол., 1999. – 192 с.
3. Adrien J.L., Faure M., Perrot A., Hameury L., Garreau B., Barthelemy C. and Sauvage D. Autisme and family home movies: preliminary findings // *Jornal of autisme and developmental disorders*. – 1991a. – Vol. 21. – P. 43–51.
4. Attwood A., Frith U., Hermelin B. The understanding and use of interpersonal gestures by autistic and Down's syndrome children // *Journal of autism and developmental disorders*. 1988. – Vol. 18. – P. 241–257.
5. Frith U. Autism: explaining the enigma. Oxford, UK: Blackwell, 1989.
6. Ricks D.M. Making sense of experience to make sensible sounds: experimental investigations of early vocal communication in pre-verbal autistic and normal children. In: Bullowa (ed) *Before speech. The beginning of interpersonal communication*. Cambridge: Cambridge university press, 1979.
7. Wetherby A.M., Prizant B. Communication and Symbolic Behavior Scales (CSBS) (Research ed.). Itasca, IL: The Riverside Publishing Co., 1990.

8. Wing L., Gould. J. Severe impairments of social interactions and associated abnormalities in children: epidemiology and classification // Journal of autism and developmental disorders, 1979. – Vol. 9. – P. 11–29.

Хайбуллаева Ф.Р., МIRONENKO В.С. Особенности речевого развития у детей с ранним детским аутизмом / Ф.Р. Хайбуллаева, В.С. МIRONENKO // Евразийская педагогическая конференция. – 2018. – С. 107–109.

Аннотация: в данной статье рассматривается проблема развития коммуникативной сферы детей с ранним детским аутизмом, раскрываются особенности формирования речи. Проблема аутизма рассматривается как отклонение в психическом развитии ребенка, главными проявлениями которого являются нарушение процесса общения, взаимодействия с внешним миром и трудности в формировании эмоциональных контактов с людьми.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, формирование речи, коммуникация, обучение, развитие.

Среди многочисленных форм нарушений развития проблема аутизма является одной из актуальных. В последние годы в сферу деятельности дефектологии привлечено внимание специалистов различного профиля к обучению и развитию детей с ранним детским аутизмом (РДА).

Первое описание РДА было сделано более 50 лет назад и принадлежит Лео Каннеру. Он описал свои наблюдения за пятилетним мальчиком, которого звали Дональд в своей работе «Аутистические нарушения эмоционального контакта».

К.С. Лебединская дает свое определение аутизму. Аутизм образован от латинского слова *authos* – сам, проявляется как отрыв от реальности, отгороженность от мира, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой в целом [3]

Это дети, которым свойственно стойкое нарушение коммуникативного поведения, формирования эмоционально-волевой сферы, неравномерность созревания психической, моторной и речевой деятельности.

Одним из проявлений раннего детского аутизма является нарушение развития речи. Оно проявляется с самого раннего возраста. Ребенок слабо реагирует на речь взрослого и слуховые стимулы, не фиксирует взгляд на лице говорящего, избегая прямого взгляда. Для них характерно отсутствие или запаздывание певучего гуления, активного лепета, слабая функция подражания. В более легком случае ребенок предпочитает избирательный контакт или излишне напряжен, нервозен, проявляет беспокойство и негативизм, в тяжелых случаях не замечает окружающих или полностью игнорирует их. Они могут не замечать отсутствие близких людей, но бурно реагировать на перемещение или перестановки каких-либо предметов. У многих детей присутствует маловыразительная мимика, при общении со взрослыми, не проявляются эмоции, смех, улыбка, не используется язык жестов. С запаздыванием появляются первые слова, нет повторений за взрослым слов мама, папа, баба, трудности формирования простой фразы.

Нередко речь у ребенка появляется задолго до начала ходьбы или после появления первых слов, а в дальнейшем у ребенка развивается мутизм, сохраняющийся на месяцы и годы. Появившиеся первые слова не имеют адресного содержания и не служат средством общения, произносятся спонтанно, без учета ситуации и производят впечатление «игры словами». Иногда произношение отдельных слов приобретает ритуальный характер, облегчающий выполнение того или иного действия [2].

Игра имеет своеобразный характер. Обычно ребенок играет один не игрушками, а предметами бытового назначения (вертит банковские карточки, крутит пузырек, накручивает шнурки), при этом не замечает никого вокруг и, как правило, не пользуется речью, сюжетно-ролевая игра не формируется.

Типичным для детей с аутизмом является наличие эхолалий, при этом ребенок повторяет малопонятные слова, как бы прислушиваясь к их звучанию. При однообразной стереотипичной деятельности ребенок может разговаривать сам собой или повторять различные словосочетания.

Эхолалии при раннем детском аутизме в ряде случаев сочетаются с речевыми персервациями и периодической логореей с обилием словесных исканий и замен, вполне сходных с вербальными и литеральными парафазиями [4]. Иногда их речь довольно вычурна, в высказываниях присутствует символика, словотворчество.

Большинство аутичных детей неправильно употребляют окончания имен прилагательных, местоимения, говоря о себе в третьем лице, не понимают разницу при употреблении единственного и множественного числа.

Для многих детей характерна неравномерность в накоплении пассивного и активного словарного запаса. Не понимая значения слов, видя предметы, повторяют слова, которые ассоциируются с ними. Нередко произносят пространственные монологи, повторяют строки стихов, песен, рекламных роликов, но испытывают трудности при ведении диалога.

Речь детей аутистов скандированная, толчкообразная, императивная с присутствием словесных штампов – фраз, с повышением высоты голоса к концу фразы, необычно интонирована.

Развитие речи и овладения речи детей с аутизмом продолжается на протяжении многих лет. Многие из них понимают и употребляют глаголы, существительные, строят простые предложения, но не могут понять эти слова в контексте. Действительное понимание разговорного языка становится в значительной степени нарушенным, даже в случае, когда понимание отдельных слов не страдает [1].

Таким образом, основными особенностями речевого развития детей с ранним детским аутизмом является:

- нарушение коммуникативного поведения;
- позднее появление лепета, первых слов, фразовой речи;
- наличие эхолалий, словесных штампов, стереотипий;

- неравномерность накопления пассивного и активного словаря;
- не способность вести диалог.

Литература

1. Гилберт К. Аутизм медицинское и педагогическое воздействие / К. Гилберт. – М.: Владос, 2005. – 144с.
2. Иванов, Е.С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С. Иванов. – М.: Дидактика Плюс, 2004. – 80 с.
3. Лебединская, К.С. Диагностика раннего детского аутизма / К.С. Лебединская. – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.
4. Мастюкова, Е.М. Особенности речевого развития у детей с ранним детским аутизмом, проявляющиеся на фоне резидуально-органической недостаточности ЦНС / Е.М. Мастюкова // Дефектология – 1990. – № 5. – 6 с.

Мамохина У.А. Особенности речи при расстройствах аутистического спектра / У.А. Мамохина // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15. – № 3 (56). – С. 24–33.

Аннотация: В представленном обзоре описываются особенности речевого развития и функционирования людей с расстройствами аутистического спектра на основании зарубежных и отечественных исследований в этой области. Рассматриваются характерные черты экспрессивной речи при аутизме, своеобразие коммуникативного использования, а также восприятия речи в связи с особенностями восприятия сенсорных стимулов.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, речевое развитие, экспрессивная речь, импрессивная речь, вербальная коммуникация.

Расстройства аутистического спектра – это широкий круг расстройств, сопряженных с аномальным поведением, характеризующихся качественными нарушениями социального взаимодействия, вербальной и невербальной коммуникации, стереотипными паттернами поведения,

интересов и активности. Группа расстройств аутистического спектра чрезвычайно разнообразна, в нее входят как тяжелые нарушения развития – классический аутизм Каннера, так и более легкие и даже пограничные расстройства. Специфического лечения для РАС не существует, однако совершенствуются и разрабатываются новые методики для работы с детьми и взрослыми с расстройствами аутистического спектра, направленные на коррекцию поведенческих и когнитивных нарушений, обучение, развитие и социализацию этих людей. Разработка и применение таких методик требует совместного труда специалистов многих профилей: врачей, психологов, специальных педагогов, дефектологов и других.

Речевое развитие у детей с аутизмом может отличаться от нормативного как количественно (задержка речевого развития, сокращение запаса слов, скудность речи и ограничение в ее использовании), так и качественно (появление эхолалий, нарушение грамматического строя речи, трудности в коммуникативном использовании речи).

Качественное нарушение коммуникации является одним из главных диагностических критериев РАС и выявляется почти у всех детей с аутизмом. Исследования особенностей нарушения речи при расстройствах аутистического спектра дают возможности для более тонкой диагностики, а также для направленной коррекции коммуникативных нарушений. Качественные нарушения коммуникации при аутизме затрагивают как вербальную, так и невербальную коммуникацию. В данной статье рассматриваются особенности устной речи, а также паралингвистических компонентов речи у людей с расстройствами аутистического спектра.

Особенности речевого развития при расстройствах аутистического спектра. Еще Лео Каннер отмечал характерные для аутизма особенности речи, такие как более позднее ее развитие, эхолалии (в том числе и сильно отсроченные во времени), затруднения в употреблении местоимений (дети часто говорили «ты» вместо «я» и наоборот).

Действительно, развитие речи, как экспрессивной, так и импрессивной, у ребенка с аутизмом может быть сильно задержано. Обычно это становится заметным на втором году жизни. Однако и в более раннем возрасте можно обнаружить особенности, которые отличают речь ребенка с РАС от ребенка с нормально протекающим развитием [4].

Для раннего развития при аутизме характерны следующие особенности прелингвистического развития: недифференцированный, сложный для интерпретации плач, гуление ограничено или необычно (скорее напоминает визг или крик), отсутствует имитация звуков.

Так, аутичные дети 18–36 месяцев значительно чаще используют нетипичные невербальные вокализации (визг), чем их нормативно развивающиеся сверстники и дети, уравненные с ними по речевому развитию [23].

Хотя речь детей с РАС может быть менее развитой, чем у детей с задержкой речи (без аутизма), существенных различий в качестве задержки речи не обнаруживается. Аутичные дети и дети с задержкой речевого развития 22–30-ти месяцев в одинаковой степени используют слова из различных категорий (звуки, животные, транспорт, игрушки, еда и напитки, части тела, домашняя утварь, мебель, места, люди, игры и занятия, действия, описания, местоимения, предлоги, артикли). Дети этого возраста из обеих групп используют одинаково мало слов для обозначения желаний, эмоций и психических состояний вообще. Уровень сложности грамматических конструкций одинаков в этих группах. Можно говорить о том, что, по крайней мере, на ранних этапах развития речи дети с РАС имеют обычный профиль задержки речи [25].

Существуют исследования как подтверждающие данные о том, что развитие речи у детей с аутизмом происходит по той же схеме, что и у других групп детей, так и показывающие различия между речевым развитием в разных группах (дети с ранним детским аутизмом, с синдромом Аспергера, со специфической задержкой речи и нормативно развивающиеся дети). Эти противоречия могут быть связаны с методологическими различиями, различиями в исследуе-

мых выборках (возраст, диагностические критерии для групп, различные группы сравнения), в предлагаемых заданиях и методиках оценки и т.д. [25].

Так, в исследовании развития речи у дошкольников с РАС было показано, что у аутичных детей понимание слов по сравнению с произнесением слов в большей степени задержано. Однако в целом импрессивная речь у детей с аутистическими расстройствами развивалась раньше экспрессивной, как это происходит и в норме. Также группа детей с РАС отставала в развитии речи от типично развивающихся детей [6].

Исследователи связывают развитие речи при аутизме со способностью к имитации и разделенному вниманию в раннем возрасте. Так, дети, у которых почти или полностью отсутствовали эпизоды спонтанной имитации, показывали снижение вербальных коммуникативных навыков. Это объясняется тем, что на прелингвистическом уровне коммуникация опирается на невербальное поведение, такое как взгляд, жесты и пантомимика, лицевая экспрессия. Также, на ранних стадиях развития речевых навыков, речь сопровождает игру ребенка, основанную на имитации, и с помощью нее развивается [7].

В тяжелых случаях дети с аутизмом вообще не начинают говорить, однако даже тогда бывают способны использовать альтернативные средства коммуникации (письмо, жесты, специально разработанные пиктограммы и карточки).

В то же время некоторые дети, страдающие аутизмом, демонстрируют раннее и бурное развитие речи. В большей степени это характерно для синдрома Аспергера. Ребенок может запоминать большие тексты и воспроизводить их практически дословно, использовать фразы и выражения, присущие речи взрослых. Однако возможности вести продуктивный диалог остаются ограниченными. Понимание речи во многом затруднено и из-за трудностей понимания переносного смысла, подтекста, метафор [4].

Приблизительно 25–30% детей с расстройствами аутистического спектра начинают говорить, однако затем теряют навыки речи. Часто это происходит между 15 и 24 месяцами, причем регресс может возникнуть внезапно или проявляться постепенно. Одновременно с регрессом речевых навыков может наблюдаться утрата возможности использовать жесты, утрата социальных навыков (глазной контакт, реакция на похвалу). Иногда регресс накладывается на уже существующие особенности ребенка, характерные для аутистических расстройств [13].

Механизм, лежащий в основе аутистического регресса, неизвестен. Потенциальные факторы включают ускоренный рост головы, генетические нарушения, судороги или другие электрофизиологические нарушения, влияние прививок и вакцин, нарушения пищеварения, иммунный дефицит. Однако к настоящему времени ни для одного из этих факторов не доказана прямая связь с регрессом [19].

Особенности экспрессивной речи

Речевые нарушения наиболее отчетливо видны после 3-х лет. Для детей с расстройствами аутистического спектра типичны отсроченные или непосредственные эхолалии, тенденция повторять готовые фразы без самостоятельного конструирования предложений, трудности начала и поддержания диалога, замены местоимений [17]. В речи детей нередки перестановки звуков, неправильное употребление предложных конструкций.

Особенности интонационной стороны речи также отличают этих детей. Часто они затрудняются в контролировании громкости голоса, их речь воспринимается окружающими как «деревянная», «скучная», «механическая». Нарушены тон и ритм речи.

Нарушения речи при аутизме можно разделить на пять групп по генезу и патогенетическому уровню [2]:

- нарушения речи как следствие задержанного развития (косноязычие, физиологическая эхолалия, бедность запаса слов и др.);

- речевые нарушения в связи с задержанным становлением сознания Я в виде неправильного употребления местоимений и глагольных форм;
- речевые нарушения кататонической природы (вербигерации, эхолалии, эгоцентрическая, затухающая, внутренняя речь, мутизм, скандированное, растянутое или ускоренное звукопроизношение, паралингвистические нарушения тональности, темпа, тембра речи и др.);
- речевые феномены вследствие психического регресса (появление речи довербального фонематического уровня;
- расстройства речи, связанные с патологией ассоциативного процесса (нарушения смысловой стороны речи в виде незавершенных, непоследовательных ассоциаций, контаминации и др.).

Формальные особенности речи детей с РАС

Наличие эхолалий – одна из самых распространенных особенностей речи при аутизме. Обычно эхолалии описываются как неконтролируемое автоматическое повторение слов, услышанных в чужой речи. Эти повторения могут возникать сразу за услышанным (непосредственные эхолалии) или заметно позже (отсроченные эхолалии).

Некоторые авторы считают, что эхолалии, как повторения без смысла и видимой цели, являются показателем тяжести расстройства и затрудняют адаптацию. В соответствии с этой парадигмой разрабатываются пути коррекции эхолалий. В то же время другие исследователи считают эхолалии примитивными попытками сохранить социальный контакт в ситуации, когда ребенок сталкивается с недоступными для него речевыми стимулами, и считают это хорошим прогностическим признаком [10].

В соответствии с этой парадигмой эхолалии могут быть разделены на коммуникативные и некоммуникативные. В то время как некоммуникативные эхолалии не целенаправлены и в большей степени служат ребенку для регуляции своего состояния, получения удовольствия или просто «проверки» слов, коммуникативные эхолалии могут использоваться для сообщения информации, просьбы о помощи,

протеста или указания. При этом дети с расстройствами аутистического спектра используют больше коммуникативных эхоталий, чем некоммуникативных [22].

Общая стереотипность, свойственная детям с РАС, представлена в речи не только в виде эхоталий, но и в форме более сложных вербальных ритуалов. Вербальные ритуалы – это фиксированные последовательности высказываний, которые ребенок строит так, будто чувствует принуждение завершить их в определенном порядке. При этом ребенок может не только сам совершать вербальные ритуалы, но и принуждать к этому других. Хотя вербальные ритуалы у аутичных детей напоминают таковые при обсессивно-компульсивном расстройстве, следует различать эти проявления.

Неологизмы – это слова, которых нет в языках, известных ребенку, их ребенок конструирует сам. Различают пассивные неологизмы (бессмысленные звуко сочетания) и активные (имеющие определенный смысл). Типичное речевое развитие также включает неологизмы (их называют физиологическими), которые могут возникать у детей до пяти лет. Идиосинкразическая речь включает настоящие слова и фразы, используемые или скомбинированные человеком, таким образом, который он не мог позаимствовать от других. При этом образованные словосочетания служат для передачи специфического смысла.

Дети с аутизмом используют больше неологизмов и идиосинкразической речи, чем их нормативные сверстники или умственно отсталые дети с тем же уровнем развития речи. При этом частота использования идиосинкразической речи у аутичных детей возрастает с усложнением речи, в то время как у детей с умственной отсталостью частота подобных феноменов уменьшается по мере развития речевых навыков [24].

Замену личных местоимений у детей с аутизмом отметил еще Лео Каннер. Действительно, личные местоимения – сложные абстрактные конструкции, которым нельзя научиться через прямую имитацию. Чтобы правильно употреблять личные местоимения, ребенок должен понимать, что в разговоре есть различные роли (говорящий; тот, кому

говорят; просто слушатель, третьи лица, о которых говорят), и использование местоимений зависит от роли человека в диалоге. По-видимому, ошибки в использовании местоимений связаны с задержкой формирования сознания Я [2]. Чувство себя и другого, преодоление детского эгоцентризма, способность к совместному вниманию также являются важными факторами в понимании использования личных местоимений, которые могут быть нарушены у детей с аутистическими расстройствами [21].

Наиболее часто дети с РАС путают местоимения «я» и «ты». Говоря о себе, ребенок может употреблять местоимение «ты», а обращаясь к кому-то, говорить «я».

Интересно, что в экспериментальных условиях аутичные дети могут делать меньше ошибок в использовании местоимений, чем в повседневной жизни [14].

Нарушение или необычное использование просодических компонентов речи (ударения, интонация, темп, ритм, громкость речи) часто ассоциируются с аутистическими расстройствами. Просодика играет большую роль в коммуникации, помогая уточнить смысл фразы (например, при ударении на конкретном слове в предложении), обозначить вопросительные и утвердительные высказывания, разделить смысловые части внутри высказывания, передать эмоциональный контекст фразы.

Речь людей с аутизмом часто характеризуют как эмоционально бедную, монотонную, «механическую», маловариативную по темпу и громкости. Если интонационная окраска речи присутствует, то она может быть странной, вычурной или преувеличенной. Наибольшие трудности выявляются у людей с расстройствами аутистического спектра в понимании и использовании интонационных ударений, то есть выделения определенных слов или словосочетаний в предложении. Причем эти трудности выявляются не только у детей, но и у подростков и даже взрослых людей с аутистическими нарушениями [20].

Модификации и применение языка в зависимости от социального контекста называют прагматическими аспектами речи. Использование

интонационных ударений во многом связано с социальным использованием речи. Для того чтобы выделить интонационно какую-либо часть фразы, необходимо понимать, что она нуждается в выделении, потому что слушатели могут интерпретировать фразу по-разному. Дети с аутизмом могут иметь трудности с таким пониманием, из-за чего во время разговора не уделяют внимания интонации. Обратный эффект непонимания того, какую именно часть фразы стоит выделить, заключается в выделении детьми с аутизмом нескольких частей фразы, из-за чего речь может носить скандированный характер [15]. Интонационные акценты также могут расставляться произвольно из-за других нарушений экспрессивной речи.

Исследования просодики у взрослых людей с РАС показывают, что люди с высоким речевым функционированием меньше интонационно выделяют новую информацию (по сравнению с той, что уже упоминалась в разговоре), хотя в целом их речь производит впечатление более мелодичной. При умеренном нарушении речи люди с РАС более склонны выделять новую информацию интонационно, в то же время их речь в целом более монотонна [9].

Для людей с расстройствами аутистического спектра характерно нарушение социальной и эмоциональной взаимности. Также они хуже распознают эмоциональную составляющую речи, передаваемую с помощью просодических компонентов, и в меньшей степени сами способны передать в речи эмоцию. По-видимому, эти явления взаимосвязаны, и нарушения эмоциональной просодики речи являются проявлением социальных трудностей [15].

Помимо специфических особенностей речи, характерных для аутистических расстройств, дети с аутизмом могут иметь нарушения речи, характерные для задержанного развития речи вообще: меньший активный и пассивный словарь, синтаксические трудности. При этом прослежена связь между синтаксическими и лексическими трудностями. Также показано, что общий профиль этих трудностей (если они имеются) у де-

тей с расстройствами аутистического спектра аналогичен профилю детей с нарушениями речи [16].

Особенности, связанные с социальным использованием речи

Независимо от уровня развития речи, при аутизме в первую очередь страдает возможность использования ее с целью общения. Коммуникативное использование речи предполагает ее направленность на другого человека с целью сообщить ему или получить какую-либо информацию, помощь, внимание.

Еще один аспект социального использования речи – возможность коммуницировать только с социальной целью, то есть говорить не для того, чтобы получить что-то, а для поддержания личного общения.

Показано, что основным паттерном взаимодействия с другими людьми у детей с аутизмом является «манипуляция», когда обращения детей к другому мотивируются исключительно потребностью удовлетворения собственных нужд при полном игнорировании желаний партнера [3].

Существует гипотеза, объясняющая трудности социальной коммуникации у детей с аутизмом недоразвитием у них так называемой модели психического. Модель психического – это система репрезентаций психических феноменов (метарепрезентаций), интенсивно развивающаяся в детском возрасте. Обладать моделью психического означает быть способным воспринимать как свои собственные переживания (убеждения, намерения, знания и пр.), так и переживания других людей, что позволяет объяснять и прогнозировать их поведение. Важнейший аспект модели психического – это восприятие другого субъекта как интенционального агента, то есть осознание того факта, что собственное психическое состояние не тождественно психическому состоянию другого человека.

Отсутствие или недостаточное развитие модели психического может объяснять многие нарушения в социальной сфере при аутизме. Также это объясняет неспособность понимания скрытых смыслов, намеков и неявных правил социального общения [1].

Дети с РАС часто проявляют непонимание социальных правил и социальных последствий своих действий, в том числе и в речи. Дети могут задавать неуместные или неадекватные ситуации вопросы, не соотносить свои высказывания с социальными нормами. Также дети с РАС могут избегать социальных контактов без конкретной цели, что существенно сужает их круг общения. Эти проблемы входят в сферу качественных нарушений социализации, являющихся диагностическим критерием для аутистических расстройств.

Особенности понимания речи детьми с РАС

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

На развитие вербальной и невербальной коммуникации у детей с аутизмом влияют особенности восприятия.

При сохранности соответствующих анализаторов до 90% людей с РАС имеют те или иные особенности восприятия, прежде всего, слухового, зрительного и тактильного, а также гипочувствительность (сниженную чувствительность) к боли. При этом одновременно может присутствовать как гипо-, так и гиперчувствительность к стимулам [12]. Очень часто наблюдается отсутствие избирательного внимания к звукам речи.

Существуют данные о связи гипореакции на социальные и несоциальные стимулы с умственным возрастом ребенка с аутизмом. Дети, имеющие низкий умственный возраст, в большей степени демонстрировали отсутствие реакции на стимулы (причем, чаще на социальные) по сравнению с детьми с задержкой развития и типично развивающимися детьми. Гипореакция на стимулы уменьшалась с возрастанием умственного возраста [5]. Гипореакция на социальные и несоциальные

стимулы может предопределять более низкое развитие речи и разделенного внимания у детей с аутизмом.

Подростки с высокофункциональным аутизмом и синдромом Аспергера демонстрируют трудности фильтрации слуховых стимулов, меньшую интеграцию слуховой и визуальной информации в речи, чем нормотипичные. Также они в меньшей степени, чем нормативно развивающиеся подростки, различают типичные для родного языка фонемы речи и типичные для культуры музыкальные ритмы. В целом, подростки с расстройствами аутистического спектра демонстрируют больше нарушений в восприятии речевых стимулов, нежели музыкальных. В то же время эти показатели широко варьируются внутри группы подростков с РАС [8].

Заключение

Особенности речи при аутистических расстройствах являются проявлениями качественных нарушений коммуникации и социализации. Общая стереотипность поведения и активности людей с аутизмом отражается в таких речевых феноменах как эхолалии и вербальные ритуалы. Таким образом, в речи при РАС можно видеть проявления всей аутистической триады.

Развитие речи у детей с аутизмом чаще всего задержано, причем паттерн этой задержки имеет как схожие черты с задержкой речевого развития у детей без аутизма, так и специфические особенности, заметные еще на прелингвистическом уровне. В некоторых случаях в ходе развития речи можно отметить специфический регресс речевых навыков, часто сопровождающийся общим регрессом в развитии ребенка. Причины подобного регресса еще не установлены, однако постоянно возникают различные гипотезы о связи некоторых внешних и внутренних факторов с регрессом.

Среди особенностей экспрессивной речи при расстройствах аутистического спектра принято выделять эхолалии, вербальные ритуалы, использование неологизмов и идиосинкразической речи, неправильное использование личных местоимений и глагольных окон-

чаний. Речь людей с аутистическими расстройствами может быть необычной и по своим паралингвистическим компонентам: интонации, темпу, ритму и громкости.

Качественные нарушения коммуникации проявляются и в трудностях коммуникативного использования речи людьми с РАС. Использование речи для коммуникации, учет социального контекста разговора, коммуникация исключительно с социальной целью для людей с аутизмом являются затруднительными.

Возможности понимания речи также ограничены у детей с аутизмом, и во многом эти ограничения связаны с особенностями сенсорного восприятия вообще. Трудности фильтрации речевых стимулов, гипо- и гиперчувствительность к сенсорным воздействиям у детей с аутизмом затрудняют развитие импрессивной речи.

Понимание особенностей и нарушений речи у детей с расстройствами аутистического спектра не только улучшает возможности диагностики этих расстройств, но и помогает в процессе коррекции, обучения и взаимодействия с детьми.

Литература

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Ф. Аппе. – М.: Теревинф, 2006. – 216 с.
2. Башина В.М. К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с синдромом детского аутизма / В.М. Башина, Н.В. Симашкова // Исцеление: Альманах. – М., 1993. – С. 154–160.
3. Гаврилушкина О.П. Проблемы социальной и коммуникативной компетентности дошкольников и младших школьников с трудностями в общении / О.П. Гаврилушкин, А.А. Малова, М.В. Панкратова // Современная зарубежная психология. – 2012. – Т. 1. – № 2. – С. 5–16.
4. Манелис Н.Г. Ранний детский аутизм: психологические и нейропсихологические механизмы / Н.Г. Манелис // Школа здоровья. – 1999. – № 2. – С. 6–22.
5. Baranek G.T., Watson L.R., Boyd B.A., Poe M.D., David F.J., Mc Guire L. Hyporesponsiveness to social and nonsocial sensory stimuli in

children with autism, children with developmental delays, and typically developing children // *DevPsychopathol.* 2013. May; 25 (2): 307–20.

6. Charman T., Drew A., Baird C., Baird G. Measuring early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur Communicative Development Inventory (Infant Form) // *J Child Lang.* 2003. Feb. 30 (1):213–36.

7. De Giacomo A., Portoghese C., Martinelli D., Fanizza I., L'abate L., Margari L. Imitation and communication skills development in children with pervasive developmental disorders // *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2009.55–62.

8. De Pape A.R., Chen A., Hall G.B., Trainor L.J. Use of prosody and information structure in high functioning adults with Autism in relation to language ability // *Front. Psychol.*, 26 March. 2012.

9. De Pape A.M., Hall G.B., Tillmann B., Trainor L.J. Auditory processing in high-functioning adolescents with Autism Spectrum Disorder // *PLoS One.* 2012; 7 (9):e44084.

10. Dobbinson S., Perkins M., Boucher J. The interactional significance of formulas in autistic language // *Clin Linguist Phon.* 2003 Jun-Aug.; 17 (4–5):299–307.

11. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders // *Pediatr Res.* 2009.

12. Gomes E., Pedroso F.S., Wagner M.B. Auditory hypersensitivity in the autistic spectrum disorder // *Pro Fono.* 2008 Oct–Dec. 20 (4):279–84.

13. Johnson C.P., Myers S.M. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders // *Pediatrics* Vol. 120. No. 5 November 1. 2007. pp. 1183–1215.

14. Lee A., Hobson R.P., Chiat S. I, you, me, and autism: an experimental study // *J Autism DevDisord.* 1994 Apr. 24 (2):155–76.

15. McCann J., Peppe S. Prosody in autism spectrum disorders: a critical review // *Int J Lang Commun Disord.* 2003 Oct–Dec.; 38(4):325–50

16. McGregor K.K., Berns A.J., Owen A.J., Michels S.A., Duff D., Bahnsen A.J., Lloyd M. Associations Between Syntax and the Lexicon Among Children With or Without ASD and Language Impairment // *J Autism DevDisord.* 2012 January ; 42(1): 35–47

17. McLaughlin M. Speech and Language Delay in Children // Am Fam Physician. 2011;83(10):1183–1188
18. Newschaffer C.J., Croen L.A., Daniels J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders // Annu Rev Public Health 2009 28: 235–58.
19. Ozonoff S., Heung K., Byrd R., Hansen R., Hertz-Picciotto I. The Onset of Autism: Patterns of Symptom Emergence in the First Years of Life // Autism Res. 2008 December ; 1(6): 320–328
20. Paul R., Augustyn A., Klin A., Volkmar F.R. Perception and Production of Prosody by Speakers with Autism Spectrum Disorders // Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 35, No. 2, April 2005
21. Ricard M., Girouard C.P., Gouin-Decarie T. Personal pronouns and perspective taking in toddlers // Journal of Child Language, 1999, 26, 681–697
22. Saad A.G., Goldfeld M. Echolalia in the language development of autistic individuals: a bibliographical review // Pro Fono. 2009 Jul–Sep; 21(3):255–60
23. Schoen E., Paul R., Chawarska K. Phonology and Vocal Behavior in Toddlers with Autism Spectrum Disorders // Autism Res. 2011 June; 4(3): 177–188
24. Volden J., Lord C. Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers // J Autism DevDisord. 1991 Jun; 21(2):109–30
25. Weismer S.E., Gernsbacher M.A., Stronach S., Karasinski C., Eernisse E.R., Venker C.E., Sindberg H. Lexical and Grammatical Skills in Toddlers on the Autism Spectrum Compared to Late Talking Toddlers // J Autism Dev Disord. 2011 August; 41(8): 1065–1075

Козарь А.С. Особенности речевого развития у детей с РАС /А.С. Козарь, Н.А. Калугина // Голос и коммуникации в современном мире. – 2018. – С. 36–41.

Аннотация: В статье представлен анализ современных подходов к рассмотрению вопросов речевого развития у детей с расстройствами аутистического спектра. Особое место в суждениях различных авторов отводится точке зрения отечественных ученых.

Ключевые слова: детский аутизм, речь, речевые расстройства, диагностика речевых расстройств.

Согласно принятой в России Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), детский аутизм – это общее расстройство психического развития, при котором отмечаются качественные нарушения коммуникации и социального взаимодействия, ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения и активности.

Начиная с работ L. Kanner (1946), во всех описаниях клинических особенностей детского аутизма и других РАС обязательно отмечается особый характер нарушений речи, и в первую очередь подчеркивается нарушение ее коммуникативной функции: имеющиеся речевые возможности не направлены на социальное взаимодействие, а если речь отсутствует, то ни жест, ни мимика не используются в целях компенсации.

Проявления отклонений в речевом развитии при РАС чрезвычайно разнообразны, и довольно сложно отыскать такой вариант речевой патологии, который бы не встречался при аутизме. Официальные диагностические системы (МКБ-10, DSM-IV) выделяют и диагностируют детский аутизм и другие РАС на основе поведенческих характеристик и без учета этиологических и патогенетических моментов, что не может не привести к большому разнообразию клинических проявлений. Более того, нередко сходные, на первый взгляд, симптомы оказываются различными по генезу и механизму формирования, что создает большие трудности при выборе, как общей стратегии коррекционного вмешательства, так и конкретных методик. Во многих случаях специфика аутизма накладывает серьезные ограничения на применение традиционных логопедических методов, заставляет модифицировать и адаптировать их.

Оказание психолого-педагогической и логопедической помощи детям при РАС начинается со систематизации их не только с позиций феноменологии, но, по возможности, с учетом этиологии, патогенеза и динамики, и, конечно же, в контексте общей клинической картины. Существующие работы по особенностям речи при РАС не рассматривают ее

как «сквозную» психическую функцию (Веккер Л.М., 2000), и чаще всего ограничиваются описательной характеристикой. В немногих работах (W.H.Fay, A.L. Schuler; 1980; Н. Tager-Flusberg, 1989; 1993) вопрос о генезе речевых нарушений ставится, но лишь как средство для дифференциации РАС от других нарушений развития или для разделения различных форм РАС друг от друга. Наконец, в ряде работ рассматривают различные варианты речевых нарушений, но в привязке к классификациям аутизма, разработанным на основе других показателей, например, особенностей нарушения аффективной (Никольская О.С., 1985; Никольская О.С. и др., 2005) или когнитивной сферы, оставляя без внимания то фундаментальное положение, что аутизм – общее, первазивное нарушение развития. Такой подход, безусловно, содержит немало положительных моментов, но не позволяет говорить о речевых нарушениях при детском аутизме как таковых. Реально существующая картина в этом случае всегда искажается, особенно если говорить не только о детском аутизме, а РАС, и прежде всего об их осложненных и тяжелых формах.

В настоящей работы предпринята попытка классификации нарушений речевого развития при РАС с учетом этиологических, патогенетических, феноменологических и динамических моментов.

Этиология РАС изучена недостаточно, но можно уверенно говорить о том, что она неоднородна. В настоящее время принято выделять аутизм эндогенного генеза, формы, обусловленные органическим поражением головного мозга и психогенные формы; во многих случаях можно говорить о сложном генезе и неясной этиологии. По мнению К.С. Лебединской и О.С. Никольской, уже начальные «доречевые» проявления речи нередко указывали на неблагополучие ее коммуникативной функции. Речевые расстройства у детей с РАС значительно варьируют по степени тяжести и по своим проявлениям. Можно выделить 4 варианта нарушений речи при РАС.

При первом варианте становление речи: гуление появляется в 2–6 месяцев, лепет в 5–7 месяцев, первые слова в 8–12 месяцев, то есть

раньше, чем у детей с нормальным развитием. Но родители обычно обращают внимание, что первые слова ребенка «Свисток», «травка» и др. оторваны от его потребностей, что отсутствуют слова «дай», «на», а слово «мама», «баба» не являются обращением и произносятся как бы сами по себе. Эти первые слова часто сложны по слоговой структуре, произносятся с утрированной интонацией, все звуки выговариваются четко.

Первые фразы появляются у этих детей вскоре после первых слов. Становление фразовой речи происходит довольно быстро, но речь как правило не носит конкретного характера (у здоровых детей в возрасте 1–2,5 лет речь в основном конкретная).

В возрасте 2–2,5 лет отмечается регресс речи. Этому обычно предшествует какое-либо соматическое заболевание, психотравма или другие отрицательные воздействия, хотя в отдельных случаях никаких видимых причин для такого регресса назвать нельзя. У части детей речь почти совсем утрачивается, остаются вокализации без обращений, бормотание, иногда – состояния аффекта – прорываются отдельные «слова-эхо» отражающие слышанную ребенком речь, и очень редко – простая фраза. Ухудшение речи сопровождается нарастанием трудностей в моторике.

Несмотря на регресс внешней речи, внутренняя речь может сохраняться и развиваться. Установить это можно только после длительного внимательного наблюдения. На первый взгляд, кажется, что ребенок не понимает обращенную к нему речь, потому что он далеко не всегда и не сразу выполняет речевые инструкции. Много, однако, зависит от ситуации: при непроизвольном аффективном внимании ребенка речь понимается им лучше, чем при прямом обращении к нему. Кроме того, такие дети часто просто не могут выполнить просьбу или указание взрослого из-за моторных трудностей, недостаточной целенаправленности и невозможности сосредоточения внимания. Однако даже при отсутствии немедленной реакции на речь взрослых в последующем оказывается, что в поведении, деятельности ребенка полученная информация в той или иной мере учитывается.

Второй вариант речевого развития детей с РАС существенно отличается от первого. В этих случаях характерна задержка становления речи: гуление появляется в 3–5 месяцев, лепет в 5–11 месяцев, а иногда родители его совсем не отмечают; первые слова от 1 года 2 месяцев до 3 лет. Эти слова также не имеют характера обращения, а представляет собой стереотипный набор слов-штампов.

Типичными являются стойкие нарушения звукопроизношения, перестановка звуков в словах, замедленный темп речи (в редких случаях ускоренный). Из-за пониженного психического тонуса не возникает побуждений к речевой деятельности, поэтому словарный запас накапливается медленно, за счет механического запоминания и закрепляется благодаря склонности ребенка к стереотипиям. Развитие фразовой речи сильно затруднено, спонтанные фразы аграмматичны: не употребляются предлоги, слова не изменяются по родам и числам, глаголы в речи встречаются преимущественно в неопределённой форме, прилагательные практически отсутствуют. Большие сложности возникают в связи с употреблением личных местоимений: «Я» не используется, о себе ребёнок говорит во втором или третьем лице («Толя – гулять»). С возрастом накапливается большое количество речевых штампов, цитат из любимых стихов, песен, сказок (дети предпочитают слушать их в записи). Такая речь не связана с окружающей обстановкой, употребляется не в соответствии заключенным в ней содержанием. Только после длительной коррекции дети начинают потреблять речевые штампы более или менее к месту.

Детки с таким вариантом речевого развития не вникают в смысл сказанного другим, не всегда понимают, а потому и не выполняют словесную инструкцию. В связи с тем, что их речь крайне стереотипна, диалог с ними фактически невозможен: они не отвечают на вопросы и сами их никогда не задают. Родители часто говорят о том, что у ребенка не было периода «почемучки». Эти дети моторно неловки, нарушена не только общая, но и тонкая моторика (пальцевая и артикуляци-

онная), значительно снижен мышечный тонус; все это дополнительно тормозит их речевое развитие.

Иной характер нарушений отмечается у детей с третьим вариантом речевого развития. Основные этапы развития речи наступают раньше, чем у здоровых детей: первые слова появляются от 6 до 12 месяцев, первые фразы – от 12 до 16 месяцев. Родителей обычно радует, что у ребенка быстро растет словарный запас, фразы сразу становятся грамматически сложными, удивляет способность к пространным, «взрослым» рассуждениям.

Однако со временем становится заметно, что, несмотря на, казалось бы, очень большой словарный запас, с ребенком фактически невозможно поговорить. Дело в том, что речь таких детей по существу остается стереотипной, она отражает речь взрослых.

Схватывается и закрепляется детьми главным образом насыщенная, эмоциональная, соответствующая по содержанию интересам и пристрастиям ребенка речь. Характерны длинные монологи эффективно значимые для ребенка темы, тогда как в диалоге он оказывается неспособным к гибкому речевому взаимодействию с собеседником. В спонтанной речи используются правильные, сложные грамматические конструкции. То же представляют собой заимствования, штампы, они употребляются всегда к месту. Например, когда ребенка ведут умыться, он говорит: «Надо, надо умыться по утрам и вечерам» а перед сном, уже в кровати: «Все, спит Денис, спит». Когда мать хочет наказать ребенка, он просит ее: «Смилуйся государыня рыбка» после наказания укоряет её: «Ну, теперь твоя душенька довольна?».

Характерно повышенное внимание к звуковой структуре слова. Именно она, а не смысловые значения слова, не понятие, больше привлекают ребенка. Он с удовольствием играет словом, заменяя в нем отдельные звуки, переставляя слоги, и не интересуется конкретным смыслом того, что получилось. Характерна любовь к словотворчеству.

Дети с данным вариантом речевого развития хорошо понимают обращенную речь, но не всегда с готовностью выполняют речевые ин-

струкции, а иногда и вовсе отказываются от их выполнения. Это зависит от соответствия содержания инструкции направленности собственных интересов и влечений ребенка. Весьма характерно чисто внешние признаки речи: напряженность голоса, повышение его высоты к концу фразы, ускоренный темп, недоговаривание слов, пропуск и замена звуков, нечеткое, смазанное произношение. Иногда речь толчкообразная, скандированная. Дети легко перенимают аффективно насыщенные интонации взрослых. Иногда речь толчкообразная, скандированная. Дети легко перенимают аффективно насыщенные интонации взрослых.

На особенностях звукопроизношения, темпа и плавности речи сказывается, очевидно, и повышенный мышечный тонус.

В речевом развитии детей с РАС можно выделить еще один четвертый вариант. У этих детей раннее речевое развитие приближено к норме. В возрасте 2–2,5 лет после стоматического заболевания или психотравмы речевая активность резко снижается, отмечается регресс речи. Однако он никогда не завершается полным мутизмом; речевое развитие как бы приостанавливается до 5–6 лет. Это приводит к резкому обеднению активного словаря. Речь становится внешне похожей на речь умственно отсталых. В этот период фразовая речь практически исчезает. На заданный вопрос ребенок не отвечает, а эхολалически повторяет вопрос.

Несмотря на то, что ребенок очень мало говорит, удаётся выяснить, что у него богатый пассивный словарь, соответствующий или даже превосходящий возрастную норму. Очень часто у детей нарушено звукопроизношение, но в аффективно насыщенной ситуации ребенок может произносить все звуки и сложные звуко сочетания правильно и чисто. Характерна высокая чувствительность к структуре слова. Никогда не бывают нарушения порядка слогов или их замены. Темп и плавность речи тоже могут быть изменены, чаще встречается его замедление, чем ускорение; иногда отмечается заикание.

Понимание речи находится на более высоком уровне. Таких детей в большей степени интересует содержание речи, её семантическая сто-

рона. Это проявляется, например, не в пристрастии к стихам вообще, а к стихам эмоционально тонким с высоким ритмическим строем. Развивающаяся фразовая речь страдает аграмматизмами. Это, по-видимому, отчасти связано с меньшей, чем у других детей с РАС склонностью к употреблению готовых речевых штампов, со стремлением к самостоятельной речи. Ребёнок начинает говорить о себе в первом лице несколько позже, чем дети с предыдущим вариантом речевого развития.

Таковы особенности развития речи и речевых расстройств аутичных детей. При всем их разнообразии можно выделить четыре основные особенности:

- некоммуникативность речи;
- ее искаженность: сочетание недоразвития различных компонентов, служащих взаимодействию с окружающим и акселерация аффективной речи, направленной на аутостимуляцию;
- часто наличие своеобразной вербальной одаренности;
- мутизм или распад речи.

Таким образом, речевые расстройства, будучи в значительной мере следствием нарушений общения, усугубляют затруднения в контакте с окружающим, поэтому работа по развитию речи должна начинаться как можно в более раннем возрасте.

Литература

1. Лебединская К.С. Клиническая характеристика синдрома детского аутизма / К.С. Лебединская, И.Д. Лукашова, С.В. Немировская // Ранний детский аутизм. – М.: НИИД АПН СССР, 1981. – С. 4–24.
2. Никольская О.С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение / О.С. Никольская. – М.: МПГУ, 2008. – 464 с.
3. Никольская О.С. Аффективная сфера человека: взгляд сквозь призму детского аутизма / О.С. Никольская. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 272 с.

4. Никольская О.С. К типологии раннего детского аутизма / О.С. Никольская // Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1987. – Вып. 10. – С. 1508–1512.
5. Никольская О.С. Особенности психического развития и психологической коррекции детей, страдающих детским аутизмом: дисс. ...канд. псих. наук / О.С. Никольская. – М., 1985. – 212 с.
6. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 1997. – 342 с.
7. Ранний детский аутизм / под ред. Т.А. Власовой, В.В. Лебединского, К.С. Лебединской. – М., 1981. – 122 с.
8. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: МГУ, 1990. – 197 с.
9. Wing L. (ed) Early Childhood Autism. 2 ed. Oxford, Pergamon Press, 1976, 342 p.
10. Wing L., Attwood A. Syndromes of Autism and atypical development. in D.J. Cohen, A.M. Donnellan (eds.) Handbook of autism and developmental disorders. – N.Y., JohnWiley, 1987. P. 3–19.

Tryfon A. Speech perception in autism spectrum disorder: An activation likelihood estimation metaanalysis / A. Tryfon, Nicholas E., V. Foster, M. Sharda, Krista L. Hyde // Behavioural Brain Research. – 2017. – С. 118–127.

(Восприятие речи при расстройстве аутистического спектра: мета-анализ оценки вероятности активации)

Аннотация. Расстройство аутистического спектра (РАС) часто характеризуется нетипичными языковыми профилями и слуховой и речевой обработкой. Это может способствовать отклоняющимся языковым и социально-коммуникативным навыкам при РАС. Изучение нейронной основы восприятия речи при РАС может служить потенциальным нейробиологическим маркером РАС на раннем этапе, но неоднозначные результаты исследований затрудняют поиск надежной

нейронной характеристики речевой обработки при РАС. С этой целью в настоящем исследовании изучена функциональная нейронная основа речевого восприятия при РАС по сравнению с типичным развитием с использованием мета-анализа оценки вероятности активации 18 квалификационных исследований. Данное исследование включало отдельные анализы для типичного развития и РАС, которые позволили нам изучить модели внутригрупповой активации мозга, а также как общие, так и отдельные модели активации мозга в группах РАС и типичного развития. В целом, РАС и типичное развитие показали в основном общую активацию мозга обработки речи в двусторонней верхней височной извилине и левой нижней лобной извилины. Однако, результаты показали тенденции для некоторой отдельной активации в группе типичного развития показывая дополнительную активацию в зонах мозга более высокого порядка включая левую главную префронтальную извилину, левую медиальную префронтальную извилину, и правую нижнюю лобную извилину. Эти результаты обеспечивают более надежную нейронную характеристику обработки речи в РАС по сравнению с предыдущими однократными исследованиями нейровизуализации и мотивируют на будущую работу, по исследованию сигнатуры мозга относящейся к поведенческим мерам обработки речи при РАС.

Ключевые слова. Расстройство аутистического спектра, оценка вероятности активации, восприятие речи, функциональная магнитно-резонансная томография (МРТ).

Wadge H. Communicative misalignment in Autism Spectrum Disorder. Cortex / H. Wadge, R. Brewer, G. Bird, I. Toni, A. Stolk. – 2018. – № 115. – С. 15–26.

(Отклонения в коммуникации при расстройстве аутистического спектра)

Аннотация. Дефицит общения является определяющим признаком расстройства аутистического спектра (АСД), проявляющегося во время социальных взаимодействий. Предыдущие исследова-

ния, посвященные изучению коммуникативного дефицита, были в основном сфокусированы на предвзятости, социальную мотивацию, познавательную гибкость или умственные способности отдельных людей. Включив людей с аутизмом в живые невербальные взаимодействия, мы выявили новую причину их дефицита общения. Взрослые с РАС соответствовали нейротическим индивидуумам по их способности и склонности генерировать и изменять понятное поведение для коммуникативного партнера. Тем не менее, они изо всех сил пытались согласовать значение этих поведений со своим партнером, когда значение требовало ссылки на их недавнюю историю общения. Это коммуникативное несоответствие объясняет, почему аутичные люди уязвимы в повседневных взаимодействиях, которые влекут за собой определенную неясность, но успешно проходят тесты, включающие стереотипные контекстные сигналы. Эти результаты иллюстрируют когнитивную и клиническую важность рассмотрения социального взаимодействия как коммуникативной задачи выравнивания и насколько неэффективна человеческая коммуникация без этого ключевого компонента взаимодействия.

Ключевые слова: человеческое общение, социальное взаимодействие, концептуальное выравнивание, теория мышления.

Компетентностно-ориентированные задания:

1. Используя материалы, представленные в разделе, составьте список ключевых слов, общий для всех статей раздела, опишите с помощью словаря значение каждого термина и понятия.
2. Подготовьте рецензию на одну из статей, включенных в раздел. Рецензия должна содержать критический анализ текста, описание изучаемой автором проблемы, пути и средства ее решения, а также ваше мнение на статью.
3. Сформулируйте ряд организационных, методических, содержательных предложений по работе с проблемами, описанными авторами в статьях раздела. Приведите конкретные примеры игр и упражнений.

4. Опираясь на материалы раздела и другие дополнительные источники, подготовьте методические рекомендации для педагогов и родителей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра.
5. Дополните раздел другими современными и актуальными исследованиями, выполненными российскими и зарубежными учеными, проведя анализ баз данных (eLIBRARY.RU, Scopus, Web of Science). Результаты представьте в виде библиографически правильно оформленного списка литературы.

Раздел 3. Специфика когнитивного развития при РАС

Зверева Н.В. Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического спектра и эндогенной психической патологии у детей и подростков / Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев // Вестник совета молодых учёных и специалистов челябинской области. – 2016. – № 2. – С. 12–18.

Аннотация. В аналитической статье обсуждается подход к нарушенному когнитивному развитию при расстройствах аутистического спектра и шизофрении у детей и подростков в контексте представлений концепции видов когнитивного дизонтогенеза. Проведен литературный анализ материалов, касающихся особенностей познавательного развития при указанных вариантах патологии у детей и подростков. Даны описания видов когнитивного дизонтогенеза при шизофрении, расстройствах аутистического спектра, представлено соответствие видов когнитивного дизонтогенеза и видов когнитивного дефекта.

Ключевые слова: когнитивный дизонтогенез, аутистические расстройства, шизофрения, дети и подростки, когнитивные дефициты, когнитивный дефект.

Актуальность. Психический дизонтогенез – это обусловленные нарушениями развития нервной системы, социальной ситуации развития, наличием болезни и т.п. изменения развития и функционирования психики человека. Это касается состояния когнитивной и эмоционально-личностной сфер субъекта и связанной с ними его адаптации в социуме. Свои представления о дизонтогенезе как нарушении психического развития у детей с разнообразными типами отклоняющегося развития сформулировали отечественные психиатры: М.О. Гуревич, Т.П. Симсон, Г.Е. Сухарева, С.С. Мнухин, Г.К. Ушаков, В.В. Ковалев, М.Ш. Вроно, Д.Н. Исаев, В.М. Башина, О.П. Юрьева, Г.В. Козловская, Н.В. Симашкова, Е.В. Макушкин и др. [2, 4, 13, 15, 22, 24, 27, 30, 31].

М.Ш. Вроно (1986) полагал, что дизонтогенез, как нарушенное развитие, может относиться ко всей жизни человека [4]. В работах психологов также была обоснована психологическая типология и базовые механизмы психического дизонтогенеза в целом (В.В. Лебединский, М.М. и Н.Я. Семаго, В.И. Лубовский и др.). Асинхрония развития – одно из таких базовых понятий.

Психический дизонтогенез предполагает гетеро- или асинхронность следующих сторон психического развития: моторное развитие, познавательное (когнитивное) развитие, эмоциональное развитие, мотивация и произвольная регуляция деятельности, личностное развитие. В клинико-психологической литературе встречаются наряду с широко распространенной типологией психического дизонтогенеза, предложенной В.В. Лебединским, и другие подходы к выделению видов дизонтогенеза: эмоциональный дизонтогенез (модель-РДА, В.В. Лебединский, О.С. Никольская и др.); сексуальный дизонтогенез (модель-умственная отсталость, шизофрения, Е.В. Мединский и др.); нейрокогнитивный дизонтогенез (Л.П. Лассан, модель-органическая патология мозга); социальный дизонтогенез (В.Ф. Шалимов, модель-пограничные личностные расстройства); когнитивный дизонтогенез (модель-эндогенные заболевания, начавшиеся в детском и юношеском возрасте, Т.К. Мелешко, Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев) [3, 16, 18, 19, 21, 23, 26 и др.].

Состояние интеллектуальной деятельности ребенка с психическим дизонтогенезом во многом определяет вопросы образовательного маршрута ребенка, его адаптации в социуме, траекторию будущих профессиональных возможностей и т.п. Не случайно одним из наиболее изучаемых и обсуждаемых последствий нарушенного психического развития ребенка является интеллектуальная дефицитарность (Ж.-Д.Б. Эскироль, Г.Я. Трошин, Г.Е. Сухарева, М.П. Кононова, В.И. Лубовский, В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, Т.К. Мелешко, Н.Л. Белопольская, Н.В. Зверева и др.). Когнитивные дефициты, когнитивный дефект изучается и обсуждается как для случаев прогрессирующего заболевания эндогенного круга (шизофрении), так и отдельных

видов нарушений развития (аутизм) (М.Ш. Вроно, В.М. Башина, В.В. Ковалев, С.С. Мнухин, Н.В. Симашкова, О.С. Никольская, К.С. Лебединская, А.А. Коваль-Зайцев, Н.В. Зверева, Ю. Фритц, М. Раттер, Х. Ремшмидт и др.) [2, 4, 5, 7, 8, 10, 14, 18, 19, 25, 26, 30, 32, 33]. Вопрос о соотношении развития и болезни в психике ребенка, тем не менее, остается открытым: развитие и болезнь – это дополнение, искажение, уничтожение, системное взаимовлияние, «особый путь»?

Логика исследований в отечественной детской психиатрии и детской клинической психологии демонстрирует движение от пристального анализа грубых форм недоразвития до изучения пограничных вариантов аномального развития. Как уже было отмечено выше, учеными широко используется термин «психический дизонтогенез» (М.Ш. Вроно, В.В. Ковалев, Д.Н. Исаев, Г.В. Козловская и др.). Свое особенное место в этих исследованиях занимает изучение эндогенной психической патологии и так называемых эволютивных форм нарушенного развития.

В последней четверти XX века были выделены особенные варианты дизонтогенеза при шизофрении (О.П. Юрьева, М.Ш. Вроно) – задержанный и искаженный типы, разрабатывалась типология психического диатеза (Г.В. Козловская, Н.В. Римашевская, С.Ю. Циркин и др.) [4, 31].

Имеется точка зрения, что при шизофрении когнитивный дефицит в большей степени способен объяснить исход болезни, чем традиционная позитивная и негативная симптоматика (Keefe et al, 2007), и в целом он играет существенную роль в симптоматике шизофрении (М.В. Иванов, Н.Г. Незнанов, 2008), в этом случае когнитивные нарушения рассматриваются как симптомы третьего ранга (Зайцева Ю.С., 2008 и др.) [5, 12]. Шизофрения рассматривается как расстройство нейроразвития, характеризующееся когнитивными дефицитами. Если продромальная фаза шизофрении приходится на время, когда логически-формальное мышление еще не сформировано, возникают дополнительные нарушения мышле-

ния (C.I. Golden, 1981; R.M. Murray, S.W. Lewis, 1987; D.R. Weinberger, 1987, A. Torres, J.M. Olivares, A.I. Rodriguez, A. Vaamonde, G.E. Berrios, 2007) (цит. по 29). Нейрокогнитивное расстройство «ухудшение плавной координации когнитивных процессов» или «когнитивная дисметрия» – термины, используемые для описания когнитивных дисфункций при шизофрении. Если начало совпадает с остановкой (задержкой) или изменением темпа в развитии мозга – возможно замедление когнитивного развития, в том числе формальных операций (H.T. Epstein, 1978; H.T. Epstein, 1979; B.L. Morgan, J.W. Dickerson, 1982; A. Torres, J.M. Olivares, A.I. Rodriguez, A. Vaamonde, G.E. Berrios, 2007). Показано, что нарушения касаются как «традиционных» для шизофрении особенностей формального мышления у детей при шизофрении (например, оценки формальных нарушений мышления посредством KidFTDRS и клинической оценки не совпадают) (G. Tanaka, S. Mori, H. Inadomi, Y. Hamada, Y.I. Ohta and Ozawa, 2007), обращается внимание на то, что в большей степени страдают память и внимание (Keefe et al., 2007; Hoff et al., 1996; Paulsen et al., 1995 и др., А.И. Хромов. Н.В. Зверева, 2011). Много данных о нарушении познавательных (когнитивных) процессов при шизофрении у взрослых (восприятие информации, ее обработка, запись в память и извлечение из памяти, передача информации с помощью речи (Milev P. 2005; Keefe R., 2008, Ю.Ф.Поляков, В.П.Критская, М.В.Алфимова, Т.Д. Савина и др.).

Современные нейрокогнитивные исследования не исключают позиции, отстаивающей недостаточность идеи когнитивного дефицита для понимания полноты нарушенного познавательного функционирования или нарушенного познавательного развития при эндогенной патологии у детей и подростков и тем более, при других вариантах нарушений психического развития [1, 7, 9, 11, 17, 28, 33].

Данные психологической квалификации нарушения когнитивного развития во многом совпадают с данными наблюдений и клинической квалификации психического дизонтогенеза при шизофрении (шизоти-

пического диатеза), проводимой врачами-психиатрами. Учитывая значение интеллектуального развития для полноценного психического развития ребенка в целом, мы обратились к сопоставлению проявлений нарушений познавательного развития при эндогенной патологии (шизофрении) и эволютивных расстройствах развития (аутизм). Известно, что при детской шизофрении отмечается своеобразие становления познавательной сферы, проявляющееся в дисгармоничном характере ее развития, диссоциации предметно-содержательного и операционного аспектов познавательной деятельности (Т.К. Мелешко, С.М. Алейникова, Н.В. Захарова, 1986) [21]. Расстройства аутистического спектра также характеризуются спецификой психического развития, прежде всего, это нарушения контактов, нарушения эмоций и когнитивной сферы – речи, восприятия, мышления (Л. Каннер, Х. Аспергер, М. Раттер, О.С. Никольская. В.М. Башина и др.). Э. Гоулд и др. (2011) обозначили 8 областей, в которых проявляется отставание в развитии при аутизме. Наряду с отставанием в речевом развитии и социализации, были выделены следующие проблемные области для детей с РАС: моторика (Dewey, Cantell, & Crawford, 2007; Dyck, Piek, Hay, & Hallmayer, 2007; Miyahara et al., 1997; Page & Boucher, 1998), навыки повседневной жизни (Carpentieri & Morgan, 1996; Liss et al., 2001; Lord & Schopler, 1989), игровая деятельность (Jarrold, 2003), исполнительные функции (Hill, 2004), социо-когнитивные навыки (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985), школьная обучаемость (Mayes & Calhoun, 2006). Для обоих вариантов нарушенного развития в той или иной мере свойственная так называемая сенсорная дезинтеграция. В последние годы существенным является вопрос о сходстве или существенном различии дизонтогенетических проявлений при эндогенной психической патологии и расстройствах аутистического спектра. Сосредоточившись на когнитивной составляющей, мы предложили применять термин «когнитивный дизонтогенез», облегчающий и сопоставление, и дифференциацию нарушенного познавательного развития при различных вариантах отклонений (Зверева, 2005, Коваль-Зайцев, 2010). С 2005 г. в НЦПЗ разрабатывается концеп-

ция когнитивного дизонтогенеза, в рамках которой рассматривается структура, виды и особенности динамики нарушенного познавательного развития /функционирования при эндогенной психической патологии в детском возрасте (Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев, А.И. Хромов, С.Е. Строгова и др.) [2, 6, 7, 10, 24, 28, 32].

Когнитивный дизонтогенез можно рассматривать как уровень, модальность (отдельная сфера) психического дизонтогенеза в целом. Под когнитивным дизонтогенезом мы понимаем нарушения развития познавательной сферы, которые могут проявляться через дефицит и дефект, имеется своеобразие динамики познавательной сферы и ее компонентов с преимущественным проявлением асинхронии или ретардации развития. Когнитивный дизонтогенез характеризуется определенным уровнем проявления общих нарушений познавательного развития, вызванных различными причинами и своеобразием формирования высших психических функций, а также связей между ними при аномальном развитии. Мы полагаем, что когнитивный дизонтогенез как уровень психического дизонтогенеза у детей с разными формами отклоняющегося развития (шизофрения, аутизм и др.) включает нарушения формулы развития различных сторон познавательных процессов (мышления, восприятия, памяти и их структурных компонентов); проявляется своеобразием «профиля» развития психики с учетом межфункциональных связей и модальностей функций (соотношение сфер психики). Поскольку когнитивный дизонтогенез проявляется через сочетание когнитивных дефицитов и сформировавшихся дефектов, рассмотрим предлагаемые нами определения этих терминов. Когнитивный дефицит – это, возможно, обратимое состояние нарушения психической (познавательной деятельности) вследствие преморбидных особенностей, обострения заболевания, также он может быть связан с наличием продуктивной симптоматики, проявляющееся в определенной недостаточности осуществления когнитивных функций или их компонентов. Когнитивный дефект – трудно обратимые стойкие грубые нарушения (снижение, распад) когнитивного функцио-

нирования, изменения, вызванные болезнью, или связанные с первичным дефектом другого происхождения (недоразвитие и т.п.). [10, 11, 28].

В соответствии с выше обозначенной логикой, когнитивное развитие детей и подростков при шизофрении можно рассматривать в трех ракурсах: общее нарушение познавательного развития (когнитивный дизонтогенез разных видов); проявления временной дефицитарности, обусловленной психотическим состоянием, или специфическими характеристиками шизоидного склада психики у ребенка (когнитивные дефициты); формирование своеобразного, но грубого снижения в уровне познавательного развития как стойкого следствия болезни (когнитивный дефект).

В работе А.А. Коваль-Зайцева и Н.В. Зверевой была предложена типология когнитивного дизонтогенеза у детей при эндогенной психической патологии, протекающей с аутистическими расстройствами. В ее основе лежат представления о том, что когнитивный дизонтогенез как особый тип развития характеризуется асинхронией, ретардацией, сочетанием отклонений темпов развития отдельных компонентов психических функций (по видам высших психических функций, их структуре и модальности осуществления). Комплексная диагностика с помощью современных средств психометрической (Психолого-образовательный тест – английская аббревиатура – РЕР) и патопсихологической диагностики позволила выделить три варианта когнитивного дизонтогенеза:

- Искаженный – сочетание опережения и нормативности познавательного развития с наличием специфических особенностей познавательной деятельности, прежде всего, нарушения избирательности (асинхрония).

- Дефицитарный – на первый план выступают различные дефициты, достаточно стойкие с сохранением своеобразия познавательной деятельности при шизофрении (асинхрония и ретардация).

- Регрессивно-дефектирующий – основным является дефицитарность и даже регресс познавательных возможностей ребенка на фоне текущего психического (приобретенная ретардация, дефект) [10, 16].

Когнитивное развитие детей и подростков при шизофрении преимущественно представлено вариантами когнитивного дизонтогенеза (искаженный, дефицитарный, регрессивно-дефектирующий), а в меньшей степени – вариантами нормального. Само понятие когнитивного дизонтогенеза и его видов определяется через когнитивные дефициты и становление когнитивного дефекта. Специальное исследование формирующегося когнитивного дефекта при прогрессивной шизофрении у детей и подростков, проведенное С.Е. Строгой и Н.В. Зверевой показало, что можно выделить два варианта такого дефекта – парциальный и тотальный. Для первого характерен свыше 80 ед., наличие специфических нарушений познавательной деятельности, характерных для шизофрении, прежде всего, диссоциации познавательного развития; для второго – тотального, олигофреноподобного дефекта, характерен низкий (до 70 ед.) и слабо выраженная диссоциация, важно, что по клиническим показателям отмечается более раннее начало прогрессивной болезни. [11,29]. Соотнесение типа когнитивного дефекта и вида когнитивного дизонтогенеза показало следующее:

- дети с олигофреноподобным, тотальным вариантом дефекта соответствуют в своем развитии регрессивно-дефектирующему типу дизонтогенеза (в основном это дети с детским типом шизофрении, F20.8 по МКБ-10);
- дети с парциальным типом дефекта соответствуют дефицитарному типу дизонтогенеза (смешанная группа по диагнозам – значительная часть – дети с шизотипическим расстройством, но также и дети с детским типом шизофрении, дети с недифференцированными формами шизофрении).

Клинико-психологический анализ полученных данных позволил сформулировать обобщения относительно когнитивного дизонтогенеза при шизофрении:

- Когнитивный дизонтогенез при эндогенной психической патологии детерминирован совокупным влиянием факторов возраста, пола, возраста начала заболевания, диагноза и длительности заболевания.

- Когнитивный дизонтогенез представлен тремя видами: искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий.

- Когнитивный дизонтогенез – нарушение развития познавательной сферы, может проявляться через дефицит и дефект, может быть представлен в виде динамики когнитивных дефицитов, вариантов формирующегося дефекта; превалирование дефицитов или дефекта образует отдельные виды когнитивного дизонтогенеза с преимущественным проявлением асинхронии или ретардации деятельности и диссоциации развития по видам дизонтогенеза.

- Структура когнитивного дизонтогенеза определяется соотношением общего интеллектуального уровня (IQ) и специфических особенностей развития психических процессов (гармоничность развития ВПФ и их компонентов).

- Имеется соответствие типа познавательного развития (когнитивного дизонтогенеза) и варианта когнитивного дефекта вследствие заболевания.

Мы полагаем, что аналогичный подход может быть применен и к детям и подросткам с расстройствами аутистического спектра.

Н.В. Симашкова (2013) выделяет следующие виды расстройств аутистического спектра: детский психоз, атипичный детский психоз, эволютивные формы аутизма (синдром Каннера, синдром Аспергера) [24, 27]. Данные клинико-психологической диагностики детей и подростков с указанными видами аутистических расстройств, проводимой в течение ряда лет в НЦПЗ, позволяют предположить следующие соотношения видов когнитивного дизонтогенеза и расстройств аутистического спектра. Применение комплексной психометрической и патопсихологической диагностики лежит в основе данного соотнесения видов когнитивного дизонтогенеза и варианта расстройств аутистического спектра (Симашкова и др., 2010, Зверева и др., 2015) [11, 28].

- Дети с атипичным детским психозом скорее могут быть отнесены к регрессивно-дефектирующему типу когнитивного дизонтогенеза (имеется нарастание дефекта как следствие заболевания).

- Дети с инфантильным (детским) психозом, по-видимому, могут включать в свой состав два варианта когнитивного дизонтогенеза: преимущественный вариант – дефицитарный, более редкий – искаженный вид когнитивного дизонтогенеза.

- Для детей и подростков с эволютивными формами аутизма: синдрому Аспергера соответствует искаженный вид когнитивного дизонтогенеза, а синдрому Каннера – дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза.

Существенным представляется вопрос о сходстве-различии особенностей когнитивного дизонтогенеза при шизофрении и аутистических расстройствах. Поставленный в начале работы вопрос о соотношении развития и болезни в психике ребенка, по-видимому, может быть отчасти разрешен применением понятия «когнитивный дизонтогенез», в рамках которого по-разному сочетаются развитие и болезнь. Если это взаимовлияние и дополнение, искажение развития, то уместным представляется говорить об искаженном варианте когнитивного дизонтогенеза, если это выраженная дефицитарность, дефект, уничтожение завоеваний развития болезнью, то это прямо соотносится с регрессивно-дефектирующим вариантом когнитивного дизонтогенеза, промежуточные формы системного взаимовлияния, скорее будут соотноситься с дефицитарным вариантом когнитивного дизонтогенеза. Мы полагаем, что подобные соответствия важны и для расстройств аутистического спектра и эндогенной психической патологии круга шизофрении.

Тот факт, что при длительном катамнезе диагноз у пациента может оставаться постоянным и неизменным (например, аутистические расстройства или малопрогрессирующая шизофрения, детский тип шизофрении и др.), но также и претерпевать определенную динамику (расстройства аутистического спектра – шизофрения) скорее указывает на продуктивность предлагаемого подхода к оценке когнитивного развития детей и подростков.

Литература

1. Алфимова М.В. Оценка когнитивного дефицита при шизофрении: современные задачи. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения / М.В. Алфимова // Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. – М., 2011. – С. 25–28.
2. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В.М. Башина. – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
3. Богдашина О.Б. Сенсорно-перцептивные проблемы при аутизме: учебное пособие / О.Б. Богдашина // Красноярск, 2014. – 180 с.
4. Вроно М.Ш. Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект) / М.Ш. Вроно. – М.: ВНЦПЗ, 1986. – С. 3–13.
5. Гурович И.Я. Нейрокогнитивный дефицит и его динамика у больных на начальных этапах шизофрении и шизоаффективного расстройства / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Ю.С. Зайцева // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. – М.: Факультет психологии МГУ имени Ломоносова, 2012. – С.177–183.
6. Дрогунова А.В. Восприятие эмоций по лицевой экспрессии детьми с расстройствами аутистического спектра / А.В. Дрогунова, Е.Г. Каримулина. – URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n4/DrogunovaKarimulina.shtml> (дата обращения: 01.05.2016)
7. Зверева Н.В. Когнитивные нарушения и особенности познавательного развития при эндогенной психической патологии у детей и подростков / Н.В. Зверева // Психиатрия. – 2013. – № 3 (59). – С. 10–16.
8. Зверева Н.В. Когнитивный дизонтогенез как характеристика познавательного развития при шизофрении в детском возрасте / Н.В. Зверева // Другое детство. Сборник научных статей. – 2009. – С. 134–146.
9. Зверева Н.В. Возрастная динамика когнитивного дефицита у детей и подростков при расстройствах аутистического спектра / Н.В. Зверева, А.И. Хромов // Московский международный конгресс, посвященный 110-летию со дня рождения А.Р. Лурия. – М., 2012. – 56 с.

10. Зверева Н.В. Диагностика когнитивного дизонтогенеза при расстройствах шизофренического спектра в детском возрасте / Н.В. Зверева, А.А. Коваль-Зайцев // Мир психологии. – 2010. – № 1. – С. 145–156.
11. Зверева Н.В. К проблеме психологической (психометрической) диагностики интеллекта у детей с нарушениями психического развития / Н.В. Зверева, С.Е. Строгова, А.А. Коваль-Зайцев и др. // Неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова. – 2015. – № 5. – С. 21–27.
12. Иванов М.В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия / М.В. Иванов, Н.Г. Незнанов. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 288 с.
13. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов / Д.Н. Исаев. – СПб.: СпецЛит, 2001. – 463 с.
14. Каннер Л. Аутистические нарушения аффективного контакта (1943) / Л. Каннер // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2010. – № 1. – С. 85–97.
15. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
16. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: автореф. дис. ...канд.психол.наук / А.А. Коваль-Зайцев. – СПб, 2010. – 26 с.
17. Критская В.П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М.: МГУ, 1991. – С.193–212.
18. Лебединская К.С. Нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте / К.С. Лебединская, В.В. Лебединский. – М.: Академический проект; Трикста, 2011. – 304 с.
19. Лебединская К.С. Диагностика раннего детского аутизма: учебное издание / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.
20. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В. Лебединский. – М.: Академия, 2008. – 144 с.

21. Мелешко Т.К. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией / Т.К. Мелешко, С.М. Алейникова, Н.В. Захарова // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста. – М., 1986. – С. 147–160.
22. Мнухин С.С. О границах шизофрении у детей и подростков. Детская психиатрия: история, проблемы, перспективы. / С.С. Мнухин. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – С.127–139.
23. Никольская О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 1997. – 341 с.
24. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра. Научно-практическое руководство / Н.В. Симашкова. – М.: Авторская академия, 2013. – 264 с.
25. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение / Х. Ремшмидт. – М.: Медицина, 2003. – 120 с.
26. Рощина И. Ф. Клиническая психология развития и проблемы дизонтогенеза / И. Ф. Рощина, Н.В. Зверева // Мир психологии. – 2012. – № 2. – С. 163–171.
27. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте: автореф. дис. ...докт. мед. наук / Н.В. Симашкова. – М., 2006. – 44 с.
28. Симашкова Н.В. Когнитивный дефицит в структуре расстройств аутистического спектра / Н.В. Симашкова, А.А. Коваль-Зайцев, Н.В. Зверева, А.И. Хромов // Психиатрия. – 2010. – № 6 (48). – С. 5–16.
29. Строгова С.Е. Психопатологические и психологические подходы к квалификации психического дефекта при шизофрении у детей и подростков / С.Е. Строгова, Н.В. Зверева // Психиатрия. – 2015. – № 2 (66). – С. 37–47.
30. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы / Г.В. Сухарева. – М.: Медицина, 1998. – 320 с.
31. Юрьева О.П. Клиника вялотекущей шизофрении у детей и подростков: автореф. дис. ...канд. мед. наук / О.П. Юрьева. – М., 1971. – 25 с.

32. Frith U. What is Autism? / U. Frith //Autism: explaining the enigma. Blackwell Publishing, 2003. P. 5–11.

33. Harvey P. Cognitive impairment in schizophrenia: characteristics, assessment, and treatment /P. Harvey // 2013. 324 p.

Забозлаева И.В. Клинико-динамические особенности когнитивных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра / И.В. Забозлаева, Е.В. Малинина, Т.Н. Саблина, А.А. Сединкин, Г.В. Манулов // Вестник южно-уральского государственного университета. Серия: психология. – 2014. – Т. 7. – № 4. – С. 44–51.

Аннотация: В результате клинико-динамического исследования определены особенности когнитивных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Выявлена зависимость динамики когнитивных нарушений от форм аутизма, степени выраженности аутистических симптомов. Установлены особенности оценки симптоматики РАС при разных вариантах когнитивного дизонтогенеза. При синдроме Аспергера искаженный вид дизонтогенеза имеет прогностически благоприятный исход для обучения и адаптации на фоне значений коэффициента интеллекта (IQ) на уровне средней нормы (82–90 баллов). При синдроме Каннерадефицитарный вариант онтогенеза является менее благоприятным в отношении интеллектуального развития, для обучения и адаптации, при показателях IQ в пределах от низкой нормы интеллекта (70–78 баллов) до степени легкой умственной отсталости (64–69 баллов). Регрессивно-дефектирующий вариант при атипичном аутизме рассматривается как наиболее злокачественный и проявляется тяжелыми аутистическими симптомами с полной дезинтеграцией всех познавательных процессов, в последующем с формированием олигофреноподобного дефекта при уровне интеллекта в диапазоне от легкой умственной отсталости (52–67 баллов) до умеренно выраженной (35–49).

Ключевые слова: *Расстройства аутистического спектра (РАС), шизотипический диатез, когнитивный дизонтогенез, cognitivedefect, коэффициент интеллекта (IQ), intelligence quotient, children's schizophrenia, psychometricdiagnostics, dysontogenesis, dissociation.*

Актуальность исследования. Аутизм в детстве представлен группой расстройств, характеризующихся нарушением психического развития, аутистической формой поведения и общения с окружающими, расстройствами речи, моторики, стереотипиями деятельности и поведением, приводящими к социальной дезадаптации. Проявляется с рождения в форме асинхронного дефицитарного дизонтогенеза с неполным и неравномерным созреванием высших психических функций (Тиганов, 2005; Симашкова, 2013).

Существуют различные взгляды на причины возникновения расстройств аутистического спектра (РАС): биологические, социальные и психологические. Существуют гипотезы, объясняющие симптомы аутизма как следствие нарушений когнитивных процессов и эмоциональной сферы (Симашкова, 2013). Как следствие, нарушения познавательного развития детей с расстройствами аутистического спектра рассматривается, как когнитивный дизонтогенез. В зависимости от уровня когнитивного развития детей с РАС, выделяются следующие варианты: 1) искаженный, проявляющийся диссоциированным сочетанием нормативного и опережающего развития с элементами отставания; 2) дефицитарный – с отставанием от нормативного развития по некоторым сферам; 3) регрессивно-дефектирующий – с отставанием от нормативного развития по всем сферам. Такие нарушения отмечаются с младенчества (Зверева, 2005; Коваль-Зайцев, 2010; Симашкова, 2013).

Другая гипотеза объясняет основные симптомы аутизма дисфункцией сенсорной интеграции, а аутистическое поведение – как отражение аномального восприятия. Возникающие двигательные проблемы у детей, напоминают явления моторной диспраксии, которую можно рассматривать как один из причинных факторов нарушения речи.

У детей с аутизмом в 100% случаев наблюдается нарушение сенсорной модуляции и моторные расстройства, формирующие сенсорную интеграцию, при которой мозг не способен осознать информацию, поступающую через органы чувств и обобщить ее в образы. Как следствие, дети с РАС имеют недостаточно развитые способности связывать различные элементы в единое целое, что приводит к ограниченному восприятию и пониманию окружающего мира, к трудностям в понимании мыслей, намерений и чувств других людей. На когнитивном уровне это проявляется двояко: с одной стороны, аутичный ребенок не понимает то, что он воспринимает, а с другой, – не может адекватно реагировать и планировать свой ответ (Садовская, 2010).

Возможности интеллектуального развития детей с аутизмом зависят от его нозологической принадлежности, от клинических особенностей основного заболевания. Нарушение познавательной деятельности у этих пациентов является вторичным результатом аутистического поведения, которое препятствует формированию и созреванию интеллектуальных функций (Ковалев, 1995). Познавательные функции определяются несколькими составляющими, но речь является основополагающим фактором формирования когнитивных способностей и интеллекта в дальнейшем. Считается, что отсутствие коммуникативной речи к 5-летнему возрасту и IQ (коэффициент умственного развития) ниже 60 баллов являются плохими прогностическими признаками, при этом среди детей, которые к 5 годам все-таки овладевают коммуникативной речью и обладают средним интеллектом, только половина имеют шансы на адекватную адаптацию (Малинина, 2013; Gillberg, 2004).

По мнению многих современных авторов, детский аутизм представляет группу сходных синдромов разного происхождения, а более четко очерченными из них являются синдромы Каннера и Аспергера (Ковалев, 1995; Башина, 1999; Симашкова, 2013; Gillberg, 2004). Гетерогенность аутистических расстройств подразумевает и различную динамику заболевания, зависит от тяжести и особенностей психопатологической симптоматики.

Цель исследования – изучить клинико-динамические особенности когнитивных нарушений у детей с РАС.

Материалы и методы. В исследовании, проводившемся в 2009–2014 гг. приняли участие 42 пациента (в том числе 33 мальчика и 9 девочек) в возрасте от 6 до 12 лет. Критериями включения были общие расстройства психического развития, диагностируемые в соответствии положениями рубрики F 84 «Общие нарушения психологического развития» Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) с типичными (синдром Каннера, F 84.0) и атипичными формами (F 84.1) аутистических расстройств, с синдромом Аспергера (так называемым высокофункциональным аутизмом, F 84.5). Верификация диагноза опиралась не только на критерии МКБ-10, но и предложенную НЦПЗ РАМН (2005г.) классификацию аутистических расстройств. Критериями исключения являлась генетически обусловленная (хромосомно-обменная) и другая патология с аутистическими чертами.

Использовались следующие методы исследования:

1. Клиническо-психопатологическое, клинико-динамическое и клинико-anamnestическое исследование с целью выявления проявлений аутизма, с оценкой симптомов согласно диагностическим критериям МКБ-10).

2. Для оценки степени выраженности аутистических проявлений, поведенческих нарушений использовалась рейтинговая шкала детского аутизма – «The Childhood Autism diagnostic Scale» (CARS, E.Schopler, R Reichler, B.R. Renner, 1988). Шкала включает в себя 15 позиций, описывающих все значимые для обследования психологические проявления деятельности ребенка в различных ее областях. Каждый из 15 параметров оценивается по шкале от 1 до 4 баллов. Значения итоговой оценки могут варьировать от 15 до 60 баллов (при 15–29 баллах отмечается отсутствие аутизма, а при 37–60 баллах определяется тяжелая степень аутизма, в том числе – крайне тяжелая форма аутизма при значениях свыше 42 баллов). Во время тестирования оценивались все особенности поведения, выходящие за границы нормы.

3. Количественная оценка коэффициента интеллекта (IQ) с помощью шкалы измерения Дэвида Векслера (WISC), адаптированной для исследования детей и подростков в возрасте от 6,5 до 16,5 лет.

4. Обследование мышления с помощью методик «Малая предметная классификация», «Исключение 4-го лишнего» (вербальный и невербальный варианты), «Простые аналогии», «Пиктограмма», адаптированные для соответствующего возраста ребенка.

5. Изучение личностных особенностей с помощью проективных методик: «Дом, дерево, человек», «Несуществующее животное», теста Люшера.

6. Для оценки клинического состояния использовалась шкала общего клинического впечатления на момент осмотра и в динамике «ClinicalandGlobalImpressionsScale» (CGI). Шкала дает возможность одномоментно оценить состояние, определяет степень тяжести (подшкала CGI-S, от англ. «severity» – тяжесть) и степень улучшения (подшкала CGI-I, от англ. «improvement» – улучшение). Для расчета средних значений тяжести проявлений нарушений использовались величины в баллах, где отсутствие психических нарушений и пограничные состояния соответствовали 1–2 баллам; слабо, умеренно, сильно и тяжело выраженные психические нарушения – 3, 4, 5 и 6 баллам соответственно. Явное улучшение состояния оценивалось в 2 балла, умеренное – в 3 балла, без изменений – 4 балла.

7. Статистический метод для обработки данных проводился с помощью пакета прикладных программ Statisticaver. 8.0.

Описание выборки исследования. Принцип деления на группы определялся нозологической принадлежностью (клиническим диагнозом): «Атипичный аутизм» (1-я группа численностью $n_1 = 17$ детей, в том числе 13 мальчиков и 4 девочки); «синдром Аспергера» (2-я группа $n_2 = 13$ детей, в т. ч. 11 мальчиков и 2 девочки; и «синдром Каннера» (3-я группа, $n_3 = 12$ детей, в том числе 9 мальчиков и 3 девочки)

Дизайн исследования, его результаты и их обсуждение. Обследовались дети дошкольного возраста при первичном обращении

к психиатру и при поступлении в начальную школу для решения вопроса о выборе программы обучения, ее изменении в случаях ухудшения поведения и/или усвоения учебных предметов (дисциплин).

Первичное обращение к психиатру приходилось на первый критический возрастной период развития в детстве (3–4 года).

Причинами (поводами) к обращению служили аутистические формы поведения, затрудняющие адаптацию в детском коллективе: трудности общения со сверстниками с предпочтением игры в одиночестве, избегание взгляда «глаза в глаза», двигательные стереотипии (бег по кругу, атетозоподобные движения в пальцах рук, ходьба на цыпочках), склонность к рутинному порядку. Имелись речевые особенности в виде нарушений произносительной стороны речи, ритма, темпа воспроизведения, отсутствия интонаций, нарушение коммуникативных функций с неспособностью поддержать диалог, преобладанием эхоталий, лепета, использование отдельных коротких слов, отсутствием построения фразеологической речи. Игровая деятельность была однообразной, с использованием неигровых предметов (дверей, воды, палочек). Дети были не способны сохранять внимание на занятиях, понимать инструкции и выполнять задания, были беспокойны, неусидчивы, негативны в отношении предъявляемых к ним требований.

Клинический и клинико-психологический анализ особенностей преморбиды личности и дебюта клинической симптоматики показали, что в 1-й группе («Атипичный аутизм») аутистические формы поведения и нарушения речи появились после некоторого периода нормального развития, либо на фоне проявлений шизотипического диатеза (отсутствие реакции на голод и дискомфорт, застывший взгляд «в никуда», ритуальное поведение при засыпании, приеме пищи, одевании, негативное отношение к матери или амбивалентная симбиотическая связь с нею, ригидные игровые манипуляции с предметами неигрового назначения и т. п.), после перенесенного регресса в возрасте 12–18 месяцев. В преморбиде отмечался дизонтогенез по типу задержки развития. Клиническая картина была представлена распадом рече-

вых, интеллектуальных и моторных функций и формированием олигофреноподобного дефекта.

Во 2-й группе детей («Синдром Аспергера») отмечалось дизонтогенетическое нарушение развития в виде асинхронии с опережением в развитии речи, с эхолалиями, отсутствием использования личных местоимений, скандированным стилем речепроизношения и трудностями поддержания коммуникаций. В поведении преобладали аутистические формы: отмечались трудности общения с другими детьми, отсутствие друзей в реальном окружении, но их воображаемое наличие в вербализациях. Также имели место сверхценные стереотипные односторонние увлечения, не соответствующие возрасту детей и имеющие странный, необычный, эксцентричный характер (например, интерес к устройству компьютера, телефонов; постоянное чтение энциклопедий и т. п.). Моторное развитие характеризовалось неуклюжестью и неловкостью движений. Отмечалось выраженное расстройство внимания в виде постоянной отвлекаемости, его избирательности, пассивности, неустойчивости, истощаемости и отсутствием поведения, демонстрирующего его регуляцию со стороны внимания.

У детей 3-й группы в преморбиде отмечался дизонтогenez по типу задержки развития. Развитие речи с задержкой относительно возрастных норм, преимущественно невнятная, дизартричная, с эхолалиями, речевыми штампами. В поведении детей отмечались аутистические формы общения и бессюжетная стереотипная однообразная игровая деятельность, сверхценное отношение к некоторым игрушкам и их деталям, повышенный интерес к неигровым предметам и т. п.

Всем пациентам проводилось тестирование по шкале CARS. Наличие уровня тяжелых расстройств аутистического спектра было выявлено у 10 детей 3-й группы («Синдром Каннера»). У 10 детей 1-й группы с атипичным аутизмом уровень расстройства соответствовали крайне тяжелой степени и в 7 случаях нарушения расценивались как тяжелая степень проявления аутизма. Во 2-й группе при синдроме Аспергера по этой шкале было выявлено наличие аутистических черт, со-

ответствовавших уровню легкого/умеренно выраженного уровня аутизма и не достигавшего уровня критерия «тяжелый аутизм».

Степень тяжести клинических проявлений оценивалась по шкале общего клинического впечатления CGI-S. У детей 1-й и 3-й групп состояние расценивалось как «сильно выраженные психические нарушения» (5 баллов), у пациентов 2-й группы – как «умеренно выраженная» (4 балла).

За период наблюдения в течение 4 календарных лет дети получали медицинскую, коррекционную и психотерапевтическую помощь. При повторном обращении пациентов во второй критический возрастной период (соответствующий началу школьного обучения в возрасте 7 лет) в клиническом состоянии отмечалась динамика в психическом состоянии и развитии. У детей с синдромом Каннера в речевой деятельности увеличился объем словарного запаса, в высказываниях появились короткие фразы, но сохранялись проявления эхолалий, дети не могли поддерживать диалог при обращенной к ним речи. В поведении проявлялись трудности общения с другими детьми, отмечались стереотипные игры, действия и ритуалы. У пациентов с синдромом Аспергера в поведении сглаживались аутистические черты: дети смогли адаптироваться в детских дошкольных учреждениях на фоне сохранения избирательности в общении, стереотипных увлечений, однообразной игровой деятельности, появились фразеологическая речь и практика использования личных местоимений. У детей с атипичным аутизмом отмечался злокачественный характер течения заболевания с формированием олигофреноподобного дефекта.

При повторном обследовании динамика клинического состояния, оцениваемая по шкале SGI-I, у детей с синдромом Аспергера соответствовала критерию «большое улучшение» (2 балла), у детей с синдромом Каннера – «небольшое улучшение» (3 балла) и у детей с атипичным аутизмом – «без изменений» (4 балла).

Всем пациентам была проведена патопсихологическая диагностика, включающая оценку коэффициента интеллекта, характери-

стик познавательных процессов, мышления, речи, а также личностных особенностей.

По уровню интеллекта отмечались различия не только у детей всех 3 групп, но и внутри показателей в каждой из групп. Так, в 1-й детей с атипичным аутизмом уровень интеллекта колебался от степени легкой умственной отсталости (52–67 баллов) до умеренно выраженной (35–49 баллов); во 2-й группе детей с синдромом Аспергера показатели интеллекта соответствовали уровню средней нормы (82–90 баллов), а у детей 3-й группы с синдромом Каннера показатель был определен в пределах от низкой нормы интеллекта (70–78 баллов) до показателей уровня легкой умственной отсталости (64–69 баллов).

При проведении обследования уровня интеллекта с помощью шкалы Д. Векслера была выявлена неравномерность в выполнении вербальных и невербальных заданий пациентами всех трех групп. Границы оценок вербального интеллекта у детей с показателями средней нормы колебались от 78 до 84 баллов, в то время как показатели невербального интеллекта имели более высокие значения (в пределах от 83 до 92 баллов). У пациентов с легким умственным дефектом невербальные оценки имели значения от 69 до 74 баллов, вербальные – от 52 до 67 баллов. У детей с умеренным умственным дефектом уровень невербального интеллекта оценивался в диапазоне от 39 до 45 баллов, а вербального – средним 35 баллов.

Полученные результаты отражают картину когнитивной дезинтеграции в развитии таких детей и подтверждают мнение о том, что дети с аутизмом лучше справляются с визуально-пространственными и с невербальными заданиями, чем с вербальными (Каган, 1981).

Обследование мыслительной деятельности у детей с атипичным аутизмом удавалось провести не всегда с первого раза, например, вследствие сниженных их познавательных способностей, низкой мотивации и темпа выполнения работы. Нарушение мышления проявлялось снижением уровня обобщения и затруднениями процесса абстрагирования на фоне проблем в самостоятельной организации продуктивной интеллект-

туальной деятельности, а также тенденцией к актуализации слабых и латентных признаков предметов и явлений. Отмечались аутистические личностные особенности, проявлявшиеся сниженным, незрелым уровнем и амбивалентностью эмоциональных реакций, трудностями в установлении контактов, слабым пониманием социального контекста, норм и ожиданий, демонстрируемого реакциями негативизма и протеста, декларацией своеобразия интересов.

Особенности мыслительной деятельности пациентов 2-й группы (детей с синдромом Аспергера) проявлялись неравномерностью уровней процессов обобщения и абстрагирования, при выполнении заданий прослеживалось использование субъективно-эмоциональных критериев, преобладание оценочных комментариев, отмечались легкость генерирования идей, отдаленность и оригинальность ассоциаций, беглости речи. Мышление детей с высокофункциональным аутизмом имеет признаки дивергентности, связываемые с высоким творческим потенциалом. Аутистические черты личности проявлялись в выраженных нарушениях поведения при протестных реакциях на средовые воздействия, избыточной возбудимостью, повышенной импульсивностью, склонностью к неожиданным и своевольным поступкам, агрессивными реакциями, выраженной избирательностью в контактах, категоричностью суждений по отношению к любым мнениям.

В 3-й группе детей с синдромом Каннера мыслительные процессы испытуемых характеризовались мотивационными нарушениями в виде снижения способности к самостоятельной организации продуктивной интеллектуальной деятельности, а также нечеткостью, расплывчатостью суждений, снижением целенаправленности мышления, наличием проявлений диссоциативного симптомокомплекса, затруднениями процесса абстрагирования.

Дети легко справлялись с выполнением сложных заданий при том, что не могли выполнить простые задания. Личностные особенности проявлялись выраженными аутистическими чертами с трудностью социальной адаптации, недостатком практицизма, трудностью в выработке

общепринятых норм поведения, своеобразием интересов, замкнутостью, выраженной избирательностью в контактах, боязливостью и тревожными опасениями, сверхчувствительностью к критическим замечаниям.

Таким образом, проведенное клинико-патофизиологическое обследование позволило выявить разную степень развития и проявления познавательной деятельности детей с расстройствами аутистического спектра. Так, когнитивное развитие пациентов с синдромом Аспергера отличалось дезинтегративностью в познавательной сфере: у них был выявлен хороший уровень вербального интеллекта, относительно высокий темп работы. Такие дети проявляли интерес к заданиям, но обнаруживали при выполнении заданий отставание в моторном развитии, в способности формировать и поддерживать гибкое целенаправленное поведение с планированием цели деятельности. Такая диссоциация развития могла в дальнейшем затруднять усвоение ребенком учебной программы и требовала применения правильных индивидуальных педагогических подходов к нему. Когнитивное развитие детей с синдромом Каннера обнаружало сходство с вариантом задержанного дизонтогенеза в виде отставания развития функций вербального интеллекта, тонкой моторики, с небольшой задержкой развития восприятия и координации. Дезинтеграция познавательной деятельности проявлялась при попытках детей выполнить более сложные задания при наличии трудностей в выполнении простых проб и низкой продуктивности деятельности. Показатели выраженности аутистических черт по шкале CARS соответствовали уровню умеренно выраженного и тяжелого аутизма.

Дети с атипичным аутизмом продемонстрировали практически по всем познавательным сферам грубое отставание от нормативного развития. Выраженная дезинтеграция отмечалась в развитии речи, большинство детей с атипичным аутизмом не пользовались развернутыми фразами, произносили в основном только отдельные слова; выявлялись нарушения моторики и восприятия. У них отсутствовали проявления посылы мотивации деятельности, отмечались выраженные стереотипные действия, темп работы при выполнении проб был

очень низкий. Показатели по шкале CARS соответствовали уровню тяжелого и крайне тяжелого аутизма.

Полученные в описываемом клинико-психологическом исследовании результаты можно квалифицировать как варианты проявления когнитивного дизонтогенеза:

– диссоциированный дизонтогенез, проявляющийся сочетанием нормативного и опережающего развития отдельных психических функций с нетяжелыми проявлениями аутистических симптомов можно расценить как искаженный вид когнитивного дизонтогенеза;

– диссоциированное отставание от нормативного развития по некоторым сферам познавательной деятельности можно расценить как дефицитарный дизонтогенез с тяжелыми проявлениями аутизма и грубое отставание с выраженной дезинтеграцией основных когнитивных представлений, или, обобщенно, как регрессивно-дефектирующий вариант дизонтогенеза (Коваль-Зайцев, 2010).

Заключение

Результаты клинико-динамического исследования детей с диагнозом «Расстройства аутистического спектра» позволили определить особенности наблюдающихся при этом когнитивных нарушений. В контексте этого форма аутизма, степень выраженности аутистических симптомов являются определяющими. Рассмотрение вариантов когнитивного дизонтогенеза помогает в оценке характеристик и нозологических особенностей интеллектуальных расстройств. Искаженный и дефицитарный виды дизонтогенеза прогностически более благоприятны в отношении оценки проявлений РАС и создают предпосылки для организации обучения и адаптации детей с аутистическими симптомами. Регрессивно-дефектирующий вариант является наиболее злокачественным и проявляется тяжелыми нарушениями с полной дезинтеграцией всех познавательных процессов и последующим формированием олигофреноподобного дефекта. Патопсихологическая диагностика позволяет решить дифференциально-диагностические задачи, оценить интеллектуально-личностные характеристики детей с рас-

стройствами аутистического спектра, определить актуальные и потенциальные возможности их обучения, адаптации и проводить динамическое медико-психологическое наблюдение.

Литература

1. Башина, В.М. Аутизм в детстве / В.М. Башина. – М.: Медицина, 1999. – 240 с.
2. Зверева, Н.В. Дисгармоничность как специфический признак когнитивного дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте / Н.В. Зверева // В.М. Бехтерев и современная психология. – Казань, 2005. – С. 138–144.
3. Каган, В.Е. Аутизм у детей / В.Е. Каган. – Л.: Медицина, 1981. – 206 с.
4. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 206 с.
5. Коваль-Зайцев, А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: автореф. дис. ...канд. психол. наук / А.А. Коваль-Зайцев. – СПб., 2010. – 28 с.
6. Малинина, Е.В. Аутизм, эпилепсия и эпилептиформная активность / Е.В. Малинина, И.В. Забозлаева, Т.Н. Саблина, А.А. Сединкин // Психиатрия. – 2013. – № 04 (60). – С. 11–15.
7. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра у детей / Н.В. Симашковой. – М.: Авторская академия, 2013. – 264 с.
8. Садовская, Ю.Е. Аутизм и дисфункция сенсорной интеграции в детском возрасте / Ю.Е. Садовская, В.И. Родионова, Б.М. Блохин, А.Л. Битова // Психическое здоровье. – 2010. – № 11. – С. 35–38.
9. Тиганов, А.С. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве / А.С. Тиганов, В.М. Башина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – № 105. – С. 4–13.
10. МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. Всемирная организация здравоохранения, – Женева, 1995.

11. Schopler, E. The Childhood Autism Rating Scale (CARS) / E. Schopler, R.J. Reichler, & B.R. Renner // Los Angeles: CA: Western Psychological Services, 1988. – p. 1–6.

12. Gillberg, C. Психиатрия детского и подросткового возраста / С. Gillberg, L. Hellgren; под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена; рус. изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 544 с.

Ахмедова И.Э. Динамика развития когнитивных функций у дошкольников с расстройствами аутистического спектра в условиях реабилитационного центра / И.А. Ахмедова, В.Н. Феофанов // Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. – 2017. – С. 403–406.

Представлены результаты экспериментального исследования, которое было проведено на 37 дошкольниках с расстройствами аутистического спектра. На первом этапе у 15 детей был обнаружен низкий уровень развития когнитивных функций (восприятия, внимания, мышления и памяти). В дальнейшем с ними проводились специальные занятия (1 раз в неделю) в индивидуальной форме в течение пяти месяцев. По окончании этих занятий все пять психодиагностических методик показали переход детей на средний уровень развития когнитивных функций.

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра, когнитивные функции, коррекционная работа по развитию когнитивных функций, дошкольник.*

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья, т.е. тех, кто имеет различные отклонения в психофизическом и личностно-социальном развитии и нуждается в специальной помощи, выделяются дети, у которых на первый план выступают расстройства в эмоционально-волевой сфере.

Дети с расстройствами аутистического спектра составляют основную массу детей, имеющих наиболее тяжелые нарушения в социально-

личностном развитии, требующих специальной психолого-педагогической и медицинской помощи.

В поисках первопричины проблем в когнитивной сфере, а, возможно, и причины всего первазивного нарушения психического развития при аутизме рассматриваются особенности организации познавательных процессов, проблемы гибкости и произвольности поведения, дисфункция процессов сенсорного восприятия [1].

Психологические особенности ребенка с РАС определяют необходимость специальной коррекционной работы. Результаты ее проведения представлены ниже.

Цель исследования: изучить динамику когнитивных функций у детей дошкольного возраста с РАС в условиях реабилитационного центра.

Гипотеза исследования: специальная коррекционная работа позволяет повысить уровень восприятия, внимания, мышления и памяти у детей дошкольного возраста с РАС.

Исследование носило характер формирующего эксперимента и провозникающих задач. Специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую, связывая их с трудностями обобщения и с ограниченностью в осознании подтекста происходящего, с одноплановостью, буквальностью его трактовок. Такому ребенку сложно понять развитие ситуации во времени, развести в последовательности событий причины и следствия. С целью выявления уровня мышления у ребенка, умения делать обобщения была выбрана методика С.Д. Забрамной «Исключение неподходящей картинки» [4].

С самого раннего возраста у детей с аутизмом наблюдается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего. Для определения объема кратковременной зрительной памяти была подобрана методика Н.Р. Немова «Запомни рисунки» [5].

Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обуславливает крайне низкий уровень активного внимания.

С самого раннего возраста отмечается отсутствие внимания ребенка к предметам окружения. С целью определения продуктивности и устойчивости внимания был выбран метод «Корректирующая проба» (тест Бурдона).

На основании обработки результатов первичной диагностики 37 испытуемых по всем пяти методикам, по уровням развития когнитивных функций, распределились следующим образом: 2 человека были отнесены к высокому уровню, 20 – к среднему, 4 – к ниже среднего, 11 – к низкому. В результате были выделены две группы детей дошкольного возраста с РАС, отличающихся уровнем развития когнитивных функций.

Первая группа (экспериментальная) с низким и ниже среднего уровнями развития когнитивных функций, состоящая из 15 испытуемых. Вторая (контрольная) – с высоким и средним уровнями развития когнитивных функций, в которую вошли 22 дошкольника. Это было сделано для того, чтобы первую группу детей направить на занятия, входящие в коррекционную работу, для проверки гипотезы исследования.

Цель занятий с детьми первой группы заключалась в коррекции отклонений в познавательной сфере. На специальных занятиях реализовывалась коррекционная программа, которая была основана на закономерностях развития в дошкольном детстве.

Занятия проводились 1 раз в неделю в течение пяти месяцев, в одно и то же время, с каждым ребенком в индивидуальной форме. Длительность одного занятия составляла 40 минут и в среднем включала 3–5 заданий, направленных на развитие той или иной познавательной функции, в зависимости от индивидуальности ребенка. Особое внимание уделялось развитию памяти, мышления, восприятия и внимания. Задания ребенку в основном предлагались в наглядной форме.

Коррекционная работа по развитию когнитивных функций строилась на основании следующих принципов:

Комплексность; при коррекции психического развития каждого ребенка учитывались его медицинские показатели, результаты психологической и педагогической диагностики, социальный статус ребенка, семьи, условия обучения и воспитания;

Системность; принцип обеспечивает единство диагностики, коррекции развития, т.е. системный подход к анализу особенностей развития и коррекции нарушений детей с РАС;

Вариативность; предполагает создание вариативных условий для получения коррекционной помощи детьми, имеющими РАС;

Соблюдение интересов ребенка; этот принцип определяет позицию специалиста, который решал проблему ребенка с максимальной пользой и в его интересах;

Гуманистическая направленность; принцип предполагает опору специалистов на потенциальные возможности ребенка, создание ситуации успеха в общении со сверстниками и взрослыми.

Результаты

После проведения десяти специальных занятий была проведена повторная диагностика. На основании обработки ее результатов 15 испытуемых первой группы по уровням развития когнитивных функций распределились следующим образом: 3 человека были отнесены к высокому уровню, остальные 12 – к среднему уровню.

Результаты уровня развития когнитивных функций в контрольной группе, в которую входили 22 дошкольника с РАС, не занимающиеся на коррекционных занятиях, при вторичной диагностике изменились незначительно. Это дает нам возможность предположить, что изменение данных является случайным, и повысить уровень восприятия, внимания, памяти и мышления возможно только при помощи специально подобранных занятий.

Статистическая проверка результативности предложенных занятий с помощью G-критерия знаков убедительно доказывает, что по всем пяти психодиагностическим методикам сдвиг признан достоверным, т.е. не случайным, он обнаружен на 1% уровне значимости.

Выводы

Исходя из анализа полученных результатов, можно сделать вывод, что в ходе формирующего эксперимента, после проведения специальной работы по развитию когнитивных функций у дошкольников с РАС, низкий и ниже среднего уровни развития когнитивных функций исчезли полностью.

Следовательно, специальная работа по развитию когнитивных функций у дошкольников с РАС в Центре «Наш Солнечный Мир» действительно повышает уровень восприятия, внимания, мышления и памяти.

Таким образом, цель исследования достигнута, гипотеза подтверждена.

Литература

1. Ахмедова И.Э. Инклюзивное образование детей с ранним детским аутизмом в Москве / И.Э. Ахмедова, В.Н. Феофанов // Проблемы и перспективы инклюзивного образования в Ивановской области. – 2016. – С. 205–208.
2. Стребелева Е.А. Методические рекомендации к психолого-педагогическому изучению детей (2–3 лет): Ранняя диагностика умственного развития / Е.А. Стребелева // Альманах института коррекционной педагогики РАО. – М., 2001. – № 4.
3. Екжанова Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта / Е.А. Екжанова, Е. А. Стребелева. – М.: Просвещение, 2005. – 272 с.
4. Забрамная С.Д. От диагностики к развитию / С.Д. Забрамная. – М.: Новая школа, 1998. – 144 с.
5. Немов Р.С. Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики / Р.С. Немов. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 640 с.

Ефстеефа В.И. Особенности развития познавательной сферы у детей дошкольного и младшего школьного возраста, страдающих ранним детским аутизмом / Е.В. Ефстеефа, Н. В. Филиппова // Бюллетень медицинских интернет-конференций . – 2014. – № 5. – С. 642–643.

Резюме. Было проведено исследование 30 детей диагнозом РДА для определения особенностей развития познавательной сферы в процессе сбора информации (изучение историй болезни, беседа с родителями и детьми и т.д.), а также по результатам выполнения теста Векслера, складывания пирамидки и разрезных картинок, методики Кооса, установления последовательности событий, классификации предметов, исключения неподходящего предмета (четвертый лишний), счета и методики 10 слов, и дальнейшего анализа полученных данных. Установлено, что у большинства детей с РДА очень низкие коммуникативные способности, им трудно идти на контакт и социализироваться. Гиперактивность у детей с РДА не связана с уровнем развития коммуникативных способностей, она может присутствовать как у относительно коммуникабельных детей, так и у невербальных аутистов. У всех детей с РДА выявляется стремление к стереотипной игровой деятельности: манипулирование предметами, выстраивание их в ряды, сортировка по цвету, форме, переливание воды, пересыпание песка, перелистывание книг, складывание стичек в ряд.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, дошкольный и младший школьный возраст, особенности развития познавательной сферы

Синдром раннего детского аутизма ставит детей, имеющих такое нарушение развития, совершенно в особый ряд. Данная тема является актуальной, поскольку дети с синдромом раннего детского аутизма составляют основную массу детей, имеющих наиболее тяжелые, требующие специальной психолого-педагогической и медицинской помощи, нарушения в социально-личностном развитии, и для разработки адекватных и своевременных лечебно-коррекционных мероприятий

при РДА необходимо детальное изучение особенностей развития их познавательной сферы.

Цель исследования: изучение особенностей развития познавательной деятельности детей с РДА дошкольного и младшего школьного возраста.

Материал и методы

В детском отделении ОКПБ им. св. Софииг. Саратова в 2013 г. было обследовано 30 детей с РДА – 23 мальчика и 7 девочек в возрасте от 3 до 7 лет. Диагноз «Ранний детский аутизм» у обследованных детей был поставлен в возрасте от 1 года до 3-х лет в соответствии с критериями МКБ-10 (F 84.0).

В план обследования входили методы наблюдения, беседы, тест Векслера, складывание пирамидки и разрезных картинок, кубики Кооса, установление последовательности событий, классификация предметов, исключение неподходящего предмета (четвертый лишний), счет, методика 10 слов.

Результаты

В результате проведенного исследования выявлены следующие особенности развития познавательной сферы у детей с РДА:

Внимание – недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, которая обуславливает крайне низкий уровень активного внимания. Наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания (внимание устойчиво буквально в течение нескольких минут, иногда и секунд).

Ощущения и восприятия – для детей с РДА характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в повышенной сенсорной ранимости, и, в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а так же расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами.

Описанные особенности восприятия наблюдались у 71 % детей. В восприятии ребенка с РДА также отмечается нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостности картины реального предметного мира. Для них важен не предмет в целом, а его отдельные части. У большинства детей с РДА наблюдается повышенная любовь к музыке.

Память и воображение – у аутичных детей наблюдается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Относительно воображения существуют две противоположные точки зрения: согласно одной из них, дети имеют богатое воображение, согласно другой – воображение очень причудливо, имеет характер патологического фантазирования.

Речь – у детей с РДА отмечается своеобразное отношение к речевой деятельности и одновременно – своеобразие в становлении экспрессивной стороны речи. Первые активные речевые реакции в виде гуления у аутичных детей могут запаздывать.

То же самое относится к лепету: по данным проведенного исследования у 20 % детей фаза лепета отсутствовала, у 24 % – была выражена слабо, у 31 % – отсутствовала лепетная реакция на взрослого.

Первые слова у обследованных детей обычно появлялись рано, у 63 % обследованных детей – слова «мама, папа, деда», но 51 % детей слова использовались без соотнесения с взрослым. Они редко задают вопросы, и если таковые появляются, то носят повторяющийся характер.

Мышление – как отмечают О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг (1990), не следует вести речь об отсутствии отдельных способностей при РДА. Уровень интеллектуального развития связан, прежде всего, со своеобразием аффективной сферы. Такие дети ориентируются на перцептивно яркие, а не на функциональные признаки предметов. Эмоциональный компонент восприятия сохраняет свое ведущее значение при РДА даже на протяжении школьного возраста. В итоге усваивается лишь часть признаков окружающей действительности.

сти. Многие специалисты указывают на сложности в символизации и переносе навыков из одной ситуации в другую.

Обсуждение

Страдающему РДА ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости.

Это ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. Многие аутичные дети могут обобщать, однако они не в состоянии перерабатывать материал самостоятельно.

В то же время интеллектуальная недостаточность не является обязательной для аутизма. Дети могут проявлять одаренность в определенных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется. При выполнении интеллектуальных тестов, таких как тест Векслера, наблюдается выраженная диспропорция между уровнем вербального и невербального интеллекта в пользу последнего. Однако низкие уровни выполнения заданий, связанных с речевым опосредованием, в большинстве своем говорят о нежелании ребенка использовать речевое взаимодействие, а не о действительно низком уровне развития вербального интеллекта.

Формирующиеся установки аутизма, стереотипности, гиперкомпенсаторной аутостимуляции не могут не исказить весь ход психического развития ребенка. Здесь нельзя разделить аффективную и когнитивную составляющие: это один узел проблем.

Искажение развития когнитивных психических функций является следствием нарушений в аффективной сфере.

Если же говорить о каждой познавательной сфере отдельно, то для концентрации внимания страдающего аутизмом ребенка могут быть использованы звуки, мелодии, блестящие предметы и т.д. В сфере восприятия у части обследованных детей отмечалась реакция на «новизну», а многие дети, наоборот, яркими предметами заинтересовались незначительно, и, вместе с тем, демонстрировали повышенную чувствительность к слабым раздражителям. Большое значение имели для детей

тактильные мышечные ощущения, идущие от собственного тела (раскачивание всем телом, совершение однообразных прыжков, кружение, пересыпание песок и т.д.).

У большинства обследованных детей наблюдалась хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний, поскольку именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего.

У 40 % обследованных детей была отмечена причудливость воображения, носящая характер патологического фантазирования, которое служило хорошей основой для проявления различных неадекватных страхов.

У большинства детей с РДА было отмечено своеобразное отношение к речевой деятельности и одновременно – своеобразие в становлении экспрессивной стороны речи. Ребенок, используя для дела только скудный набор речевых штампов, мог одновременно проявлять острую чувствительность к речевым формам и словам как таковым.

У многих обследованных детей огромные трудности произвольного обучения связаны с особенностями развития мышления.

Возникали сложности в символизации, а также переносе навыков из одной ситуации в другую.

Заключение

В результате проведенного исследования можно сделать вывод о том, что для психического развития при РДА свойственна неравномерность. Так, повышенные способности в отдельных областях, таких как музыка, математика или живопись, могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Формирующиеся установки аутизма, стереотипности, гиперкомпенсаторной аутостимуляции не могут не исказить весь ход психического развития ребенка. Здесь нельзя разделить аффективную и когнитивную составляющие: это один узел проблем. Искажение развития когнитивных психических функций является следствием нарушений в аффективной сфере.

Литература

1. Башина В.М. Ранний детский аутизм / В.М. Башина. – М., 1993. – С. 154–165.
2. Богдашина О. Аутизм: Определение и диагностика / О. Богдашина. – Донецк: Перспектива, 1999. – 304 с.
3. Гилберт К. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие / К. Гилберт, Т. Питерс. – М.: Владос, 2003. – С. 5–9.
4. Каган В.Е. Аутизм у детей / В.Е. Каган. – Л.: Медицина, 1981.
5. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм / К.С. Лебединская. – М.: НИИ дефектологии РАО, 1992. – 186 с.
6. Лебединская К.С. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская. – 2007. – 95 с.
7. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: МГУ, 1990. – 321 с.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) – МКБ–10: Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб, 1994. – 303 с.
9. Сериков А.Е. Подражание и стереотипное поведение аутистов / А.Е. Сериков // Вестник Самарской гуманитарной академии. – 2011. – С. 18–28.

Коваль-Зайцев А.А. Дифференциальная диагностика когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра / А.А. Коваль-Зайцев // Вестник Совета молодых учёных и специалистов. – Челябинск. – 2016. – № 2. – С. 19–23.

Аннотация. В статье обсуждается современное состояние проблемы диагностики когнитивного дизонтогенеза при расстройствах аутистического спектра (РАС) у детей. Представлены результаты патопсихологического дифференциально-диагностического обсле-

дования 127 больных в возрасте 7 лет до 10 лет с психотическими формами РАС. Выделены 3 вида когнитивного дизонтогенеза у больных с РАС. Отмечены значительные различия в выделенных видах - профилях когнитивного дизонтогенеза.

Ключевые слова: когнитивный дизонтогенез, диагностика, профили, расстройства аутистического спектра.

Актуальность. Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического спектра (РАС) интенсивно исследуется в последние десятилетия преимущественно на взрослых больных. Меньшее внимание уделяется этой проблеме в детской и подростковой клинике. Имеются отдельные работы, описывающие динамику когнитивного развития детей и подростков с эндогенной психической патологией (Хромов А.И., 2012) и органической патологией ЦНС (Лассан Л.П., 2010) [2, 8]. Недостаточно изученным остается проблема дифференциальной диагностики разных видов когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС.

Актуальность исследования обусловлена и устойчивой частотой заболевания, при этом остаются вопросы дифференциальной диагностики видов нарушенного развития, определения специфики формирования когнитивных нарушений и проявлений когнитивного дизонтогенеза. Имеющиеся психологические классификации психического дизонтогенеза (В.В. Лебединский, М.М. и Н.Я. Семаго) [5] не охватывают в полной мере нарушений развития при рано начавшихся эндогенных психических заболеваниях. Мало изучены вопросы нарушенного развития с позиций соотношения стабильных и изменяющихся компонентов, формирования дефекта и квалификация его структуры, а также связь психологических параметров когнитивного дизонтогенеза с клиническими параметрами у детей с эндогенными психическими заболеваниями [4, 6, 7]. Кроме того, в отечественной детской медицинской психологии отмечается дефицит методических средств оценки развития формирующихся нарушений и особенностей когнитивного дизонтогенеза. Количественная оценка и качественный анализ тяжести последствий раннего начала заболевания требуют современных средств для свое-

временной его диагностики, оценки эффективности лечения, прогноза, правильной организации обучения и проведения психологической коррекции.

В последние годы в отечественных исследованиях встречаются работы, где в методическом обеспечении применяются как классические, так и новые методики с превалированием качественного анализа структуры нарушений психического развития в сочетании с современными комплексными количественными стандартизированными процедурами (Н.Г. Манелис; А.А. Коваль-Зайцев; Н.В. Зверева; и др.) [3]. Именно такой методикой является психолого-образовательный тест (английское название и аббревиатура: Psycho education Profile, далее – PEP) (Schopler E., Reichler R., 1979, 2000, 2004) [9]. Соотнесение диагностических возможностей PEP с традиционными отечественными патопсихологическими методиками, направленными на исследование когнитивной сферы, представляется важной и актуальной задачей для оценки выраженности когнитивного дизонтогенеза у детей с эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с РАС, манифестирующими в раннем возрасте. Обозначенный подход позволяет изучать когнитивный дизонтогенез у детей с РАС при эндогенной психической патологии комплексно, параллельно используя методики с превалированием качественного и количественного анализа в контексте мультидисциплинарного клинико-психологического подхода.

Цель исследования. Дифференциальная диагностика видов когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС.

Выборки испытуемых. Исследование проводилось на базе детского стационара ФГБНУ НЦПЗ и включало 127 детей (29 девочек и 98 мальчиков) в возрасте 7 лет до 10 лет (средний возраст 8,75 лет), проходивших стационарное лечение в детской клинике ФГБНУ НЦПЗ. Критерии включения в экспериментальную группу: наличие психотических форм РАС, лечение в стационаре.

Дизайн исследования. Проводился анализ данных медицинской документации и историй болезни каждого больного. Учитывался возраст

начала заболевания. Патопсихологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза у больных оценивалась с помощью РЕР и патопсихологических методик (Фигуры Липера, Идентификация формы, Конструирование объектов, Малая предметная классификация, Рисунок себя) [1]. Результаты их выполнения после сравнения с нормативными данными (здоровые сверстники) были переведены в z -шкалы, которые использовались в качестве показателей глубины и выраженности когнитивного дизонтогенеза. Значения z -шкал были получены как разность показателя больного с нормативным средним, отнесенным к нормативному стандартному отклонению. Z -шкалы вычислялись индивидуально для каждого больного с учетом его возраста с точностью до 1 года: чем меньше полученное z -значение, тем больше выраженность когнитивного дизонтогенеза. Дефицитарным считался показатель $z < -1$. Такой подход позволил сравнивать испытуемых разного возраста между собой по уровню выраженности когнитивного дизонтогенеза и выстроить специфические профили, соответствующие каждому из видов когнитивного дизонтогенеза.

Результаты исследования. В зависимости от тяжести проявлений когнитивного дизонтогенеза были выделены три различных, качественно отличающихся друг от друга вида: искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий.

Искаженный вид когнитивного дизонтогенеза проявляется в диссоциированном развитии по когнитивным шкалам Психолого-образовательного теста. Наблюдается дезинтегративность когнитивных представлений и вербальной зоны при высоком уровне их развития, близость к норме по шкале «восприятие», отставание от нормы по шкале «мелкая моторика».

Дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза проявляется в выраженной диссоциации в развитии разных сфер психической деятельности, неоднородности отставания по когнитивным шкалам, небольшом отставании от нормы по шкале «восприятие», выраженном

отставание от нормы по шкалам «мелкая моторика», «когнитивные представления» и «вербальная зона».

Регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза проявляется выраженной диссоциированной ретардацией в развитии разных сфер психической деятельности, грубом отставании от нормы по шкалам «восприятие», «мелкая моторика», «когнитивные представления» и «вербальная зона».

Применение патопсихологических методик показывает, что искаженный вид когнитивного дизонтогенеза, отставая от нормы по уровню развития мышления и мелкой моторики, опережает норму по предметно-содержательному и операционному компонентам зрительного восприятия, в отличие от дефицитарного и регрессивно-дефектирующего видов когнитивного дизонтогенеза, которые отстают от нормы и искаженного вида по всем оцениваемым психическим функциям. Наибольшее грубое отставание наблюдается в группе с регрессивно-дефектирующим видом, дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза занимает промежуточное положение между выделенными видами.

Оказалось, что дети с искаженным видом когнитивного дизонтогенеза заболевают преимущественно после 36 месяцев. Дети с дефицитарным и регрессивно-дефектирующим видами когнитивного дизонтогенеза заболевают до 18 месяцев, причем возраст начала заболевания группы с регрессивно-дефектирующим видом когнитивного дизонтогенеза приходится зачастую именно на период 18 месяцев (анализ данных историй болезни каждого больного).

При анализе многообразия рисунков детей с различными видами когнитивного дизонтогенеза, в них был отмечен и выделен ряд общих черт, отличающих данные рисунки от рисунков детей контрольной группы. Одной из таких особенностей выступало изображение верхних конечностей по типу «рук-крыльев». Данные особенности встречались преимущественно в рисунках детей с искаженным и дефицитарным видами когнитивного дизонтогенеза. В рисунках детей с регрессивно-дефектирующим видом когнитивного дизонтогенеза изображение рук

было низко дифференцируемым, т.е. верхние конечности изображались чаще всего по типу «рук-палок».

Обсуждение и выводы. Таким образом, основными факторами, определяющими виды когнитивного дизонтогенеза, кроме специфики когнитивного развития, являются глубина РАС (тяжесть заболевания) и возраст начала заболевания. Для диагностики видов когнитивного дизонтогенеза эффективно комплексное применение стандартизованных количественных (Психолого-образовательный тест – РЕР) и нестандартизованных качественных (патопсихологические методики) средств психологической диагностики.

Вышесказанное позволяет выделить специфические профили видов когнитивного дизонтогенеза по РЕР и патопсихологическим методикам.

Искаженный вид: анализ данных позволяет заключить, что в русле диагностики больных с искаженным видом когнитивного дизонтогенеза предпочтительно использование указанных патопсихологических методик, в силу их большей эффективности, по сравнению с Психолого-образовательным тестом.

Дефицитарный вид: в русле диагностики больных с дефицитарным видом когнитивного дизонтогенеза возможно использование как РЕР, так и патопсихологических методик, в силу их практически одинаковой эффективности.

Регрессивно-дефектирующий вид: в русле диагностики больных с данным видом когнитивного дизонтогенеза предпочтительно использование Психологообразовательного теста в силу его большей эффективности, по сравнению с патопсихологическими методиками.

Выводы.

1. Мультидисциплинарный подход, реализованный в данном исследовании, позволил квалифицировать, выделить и описать три вида когнитивного дизонтогенеза у детей с РАС: искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий виды.

2. Когнитивное развитие детей с РАС отличается от нормы, своеобразие каждого выделенного вида когнитивного дизонтогенеза проявляется в сочетании опережения, нормативного и задержанного уровня развития когнитивной сферы.

3. Установлена высокая значимая корреляция между выполнением инструментальной стандартизированной методики РЕР и отечественных патопсихологических методик в сферах «восприятие», «мышление», «мелкая моторика».

4. Определен специфический профиль интеллектуального развития для каждого из выявленных видов когнитивного дизонтогенеза, в частности, искаженный вид когнитивного дизонтогенеза ближе к норме по уровню психического развития, чем дефицитарный и регрессивно-дефектирующий виды.

5. Выявлена связь вида когнитивного дизонтогенеза и возраста начала заболевания у детей с РАС:

- регрессивно-дефектирующий вид когнитивного дизонтогенеза характеризуется началом заболевания преимущественно в 18 месяцев жизни;

- дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза характеризуется началом заболевания преимущественно до 18 месяцев жизни;

- искаженный вид когнитивного дизонтогенеза характеризуется началом заболевания преимущественно после 36 месяцев жизни.

6. Обозначена специфика диагностических средств, используемых для оценки когнитивного дизонтогенеза: РЕР лучше подходит для диагностики регрессивно-дефектирующего вида когнитивного дизонтогенеза, патопсихологические методики - для искаженного и в меньшей степени дефицитарного вида.

Литература

1. Зверева Н.В. Патопсихология детского и юношеского возраста / Н.В. Зверева, О.Ю. Казьмина, Е.Г. Каримулина. – М.: Академия, 2008, – 208 с.
2. Ковалёв В.В. Психический дизонтогенез, как клинико-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста / В.В. Ковалев // Невропатология и психиатрия. – М., 1981. – Т. 81. – С. 1505–1509.
3. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: автореф. дис. ...канд. псих. наук / А.А.Коваль-Зайцев. – СПб., 2010, – 26 с.
4. Коваль-Зайцев А.А. Коррекция когнитивных нарушений у детей с аутистическими расстройствами процессуального генеза / А.А. Коваль-Зайцев, Н.В. Симашкова // Психиатрия и современное общество. – 2009. – С. 286–288.
5. Лебединский В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В.В. Лебединский // Вестник московского университета. – 1996. – № 2. – С. 3–37.
6. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра у детей / Н.В. Симашкова. – М.: Авторская академия, 2013. – 264с.
7. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра (мультидисциплинарные клинико-биологические подходы к диагностике и терапии) / Н.В. Симашкова, Т.П. Ключник, Л.П. Якупова, А.А. Коваль-Зайцев // Психиатрия. – 2013. – № 4. – С. 5–10.
8. Хромов А.И. Возрастная динамика состояния когнитивных функций у детей и подростков с эндогенными психическими расстройствами / А.И. Хромов, Н.В. Зверева // Четвертая международная конференция по когнитивной науке. – Томск. – 2010. Т. 2.
9. Psychoeducational Profile: Third Edition (PEP-3) /E. Schopler, M. Lansing, R. Reichler, L. Marcus //Austin: Texas, 2004.

Моршнева М.А. Особенности развития познавательной сферы у детей с синдромом раннего детского аутизма / М.А. Моршнева, Л.Ю. Моршнева // Наука и инновации в современных условиях. – 2016. – С. 125–127.

Аннотация: В статье описаны особенности развития внимания, памяти, воображения, речевого развития, а также особенности вербального и невербального интеллекта у детей с синдромом раннего детского аутизма на основе анализа литературных источников.

Ключевые слова: синдром раннего детского аутизма, аутизм, познавательная сфера, психическое развитие

В настоящее время мы наблюдаем увеличение рождаемости детей с ранним детским аутизмом. Поэтому на сегодняшний день, эта тема является очень актуальной. Большой интерес для ученых представляет познавательная сфера таких детей.

Отражение данной проблемы мы нашли у таких ученых как К.С. Лебединская, О.Н. Никольская и В.В. Лебединский.

Стоит отметить, что для психического развития при аутизме характерна неравномерность. Это говорит о том, что часто повышенные способности в отдельных областях в таких как музыка, математика, живопись сочетаются с глубокими нарушениями обычных жизненных умений и навыков.

С самого раннего возраста у детей аутистов наблюдается отсутствие внимания ребенка к предметам окружения. Отмечаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания. Но, несмотря на это яркие впечатления могут буквально завораживать детей. Характерной чертой является сильнейшая психическая пресыщаемость. Внимание таких детей устойчиво буквально в течение нескольких минут, иногда и секунд. Поэтому для концентрации внимания ребенка можно использовать различные мелодии и блестящие предметы [1, С. 17].

Так стоит отметить, что для таких детей характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Если для детей в норме человеческое лицо является самым сильным и привлекательным раздражителем, то аутичные дети отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же вызывает мгновенный уход от контакта. В восприятии ребенка аутиста также отмечается нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостности картины реального предметного мира. Для них важен не предмет в целом, а его отдельные части. Многие дети проявляют повышенный интерес к музыке. У них повышена чувствительность к запахам и поэтому они часто изучают новые предметы с помощью облизывания и обнюхивания [2, С. 74].

Для таких детей большое значение имеют тактильные мышечные ощущения, идущие от собственного тела, такие как раскачивание и прыжки. Из-за сниженной болевой чувствительности у них наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений.

С раннего детства такие дети обладают хорошей механической памятью, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Такие дети могут долгое время повторять одни и те же звуки и задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст.

Такие дети обладают богатым воображением. Часто фантазируют, включая в содержание сказки, истории и реальные события. Эти дети излишне чувствительны, часто плачут при просмотре некоторых мультфильмов [1, С.45].

Как правильно, у таких детей наблюдается запаздывание гуления и лепета. Первые слова обычно появляются рано, у 63 % – слова «мама, папа, деда», но 51 % – использовались без соотнесения со взрослым. Они редко задают вопросы, если таковые появляются, то носят повторяющийся характер.

Нарушение речевого развития часто связано со стремлением избегать общения с окружающими.

Развитие мышления у таких детей связано с определением огромных трудностей произвольного обучения. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую.

Таким детям сложно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это наблюдается при выполнении заданий, пересказе по сюжетной картинке[2, С. 77].

При выполнении интеллектуальных тестов, таких, как тест Векслера, наблюдается выраженная диспропорция между уровнем вербального и невербального интеллекта в пользу последнего. Однако низкие уровни выполнения заданий связанных с речевым опосредованием, в большинстве своем говорят о нежелании ребенка использовать речевое взаимодействие, а не о действительно низком уровне развития вербального интеллекта.

Правильно построенная работа с аутичными детьми поможет добиться хороших результатов. Важно понимать, что периоды прогресса могут сменяться регрессом, так же как и у здоровых детей. Необходимо отслеживать динамику, фиксируя все достижения ребенка.

При работе с такими детьми важно проявлять настойчивость и требовательность.

Несмотря на то, что это достаточно сложный процесс, очень важно суметь помочь, каждому отдельному ребенку. Ведь добиваясь от ребенка правильного поведения, целенаправленной деятельности, мы формируем соответствующий стереотип и ему так будет легче взаимодействовать, познавать мир, учиться.

Литература

- 1.Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С.С. Морозова. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 176 с.
2. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский // Учебник. – М., 2004. – 960 с.

Сорокин А.Б. Нарушения интеллекта при расстройствах аутистического спектра / А.Б. Сорокин // Наука и инновации в современных условиях. – 2018. – № 1. – С. 38–44.

В статье представлено современное понимание нарушений интеллекта как диагностической категории. Приводится структура описания, рекомендуемая для использования специалистами в США. Обсуждается необходимость исследования интеллекта у людей с расстройствами аутистического спектра и его место в диагностическом маршруте.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, интеллект, IQ.

У значительного числа людей с расстройствами в спектре аутизма в той или иной степени снижен интеллект.

Приводимые цифры сильно различаются в зависимости от применяемых диагностических критериев, возрастных ограничений и других факторов, достигая в некоторых исследованиях 75% [7].

С другой стороны, в популяции детей с нарушением интеллекта около 18% случаев соответствуют диагностическим критериям расстройств аутистического спектра (РАС) [22].

Одновременное наличие другого заболевания у людей с нарушением интеллекта выше в три-четыре раза, чем в среднем по популяции, и РАС входит в список наиболее частых коморбидных состояний для нарушения интеллекта [11].

Взаимосвязь уровня интеллекта и аутизма остается недостаточно изученной, и данные исследований в этой области не отличаются системностью и последовательностью.

Очевидно, что не существует прямой взаимозависимости между тяжестью аутистических проявлений, академической успеваемостью или оптимальной траекторией освоения навыками самостоятельной жизни и уровнем интеллекта. Даже у детей с РАС со средним или высоким

интеллектом выявляются проблемы школьного обучения как минимум в одной академической области [17].

С другой стороны, люди с аутизмом и сопутствующим ему нарушением интеллекта социально более активны, чем люди с нарушением интеллекта без аутизма [5].

Уровень интеллекта оказывается единственным более или менее надежным предиктором способности человека к профессиональному образованию, самостоятельному проживанию и трудоустройству, хотя и у людей с РАС среднего или высокого интеллекта часто имеются значительные трудности в получении высшего или среднего специального образования, а также нахождении и сохранении рабочего места [5; 24].

В контексте инклюзивного образования уровень интеллекта у детей с РАС приобретает особое значение, так как именно он часто становится основным критерием выбора образовательного стандарта и представляет собой центральный фактор при определении целей и содержания обучения в индивидуальных учебных планах.

При этом известно, что параметры академической успеваемости оказываются выше у детей с РАС, которые обучаются в инклюзивной среде, т.е. остаются в общеобразовательных школах, а не переходят в специальные учебные заведения [17].

Необходимо отметить, что при описании гетерогенности спектра аутизма упоминается не только сниженный интеллект, но и отклонения от средних значений коэффициента интеллекта (IQ) в виде повышения.

Обычно имеются в виду отклонения больше, чем на два стандартных отклонения, т.е. IQ 130 и выше. У определенной подгруппы людей с высоким интеллектуальным потенциалом, иногда называемых одаренными, особенности развития проявляются сходным образом с РАС. Это неоднозначное наблюдение требует дополнительного изучения [13] и не будет обсуждаться в данной статье. Также за рамками данной статьи остаются так называемые нейрокогнитивные нарушения, которые характеризуются значительным снижением уровня интеллекта, например, в пожилом возрасте или после черепно-мозговой травмы.

Нарушение интеллекта: современные представления

В последнее время среди специалистов наблюдается тенденция активного избегания термина «умственная отсталость» (mental retardation). Вместо него используется термин «нарушение интеллекта» (intellectual disability).

Это изменение связано, прежде всего, с пониманием нарушений в экологической перспективе, когда в фокусе оказывается не характеристика человека, а сам человек [16].

К тому же в английском языке слово «отсталый» (retarded) является достаточно распространенным обидным ругательством. Несмотря на то, что в русском языке слово «отсталый» не имеет отчетливо оскорбительного оттенка, можно ожидать, что вслед за другими языками термин «умственная отсталость» в общеупотребительном контексте будет заменен более современным сочетанием «нарушение интеллекта» или «нарушение интеллектуального развития».

Такие ожидания имеют под собой правовую основу. Например, в федеральных документах США недопустимость применения термина «умственная отсталость» закреплена законодательно: в 2010 г. был подписан «Акт Розы», названный по имени девочки с синдромом Дауна, которая вместе с родителями составила группу активистов, инициировавших это изменение.

Согласно определению Американской ассоциации нарушений интеллекта и развития [16], под нарушением интеллекта понимается существенное ограничение интеллектуального функционирования и адаптивного поведения. К адаптивному поведению при этом относят аналитические, социальные и практические способности и навыки. Для диагноза требуется проявление нарушения интеллекта в период до восемнадцатилетнего возраста.

Аналогичные диагностические критерии приводятся и в классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-5 [11].

Согласно первому критерию, а именно дефициту функции интеллекта, должны проявляться ограничения логического мышления, реше-

ния задач, планирования, абстрактного мышления, оценочных суждений, а также школьного (академического) обучения и обучения на собственном опыте. Их оценка осуществляется на основании клинического впечатления специалиста, а также при помощи индивидуальных тестов.

При интерпретации уровня интеллекта необходимо учитывать эффекты научения, а также происходящее в историческом контексте улучшение результатов по тестам (так называемый эффект Флинна [25]).

Практически все стандартизированные методы исследования интеллекта обобщают результаты отдельных тестов в виде коэффициента интеллекта (IQ), который представляет собой отношение ментального возраста испытуемого к хронологическому.

Ментальный возраст рассчитывается исходя из результатов выполнения набора заданий, включающих тесты на текучее (подвижное) мышление и кристаллизованные (кристаллизовавшиеся) интеллектуальные способности в соответствии с теорией Кеттела, Хорна и Кэрролла [9]. Необходимо отметить, что батареи тестов не учитывают вероятность того, что у людей с высокофункциональным аутизмом текучий интеллект развит лучше, чем кристаллизованный [23].

Второй критерий – ограничения адаптивного функционирования – должен проявляться в одной или нескольких областях повседневной жизни, включающих в себя взаимодействие с другими людьми, участие в общественной жизни в широком понимании, а также уровень самостоятельности, в том числе возможность самостоятельного проживания у взрослых. Как и в случае с уровнем интеллекта, для их оценки используются стандартизированные тесты, при помощи которых обобщается информация, полученная от родителей, учителей, социальных работников, а также самого испытуемого.

Результаты тестов дополняются клиническим впечатлением специалиста. Для выполнения второго критерия в DSM-5, но не в руководстве Американской ассоциации нарушений интеллекта и развития, ограничения адаптивного функционирования должны быть напрямую связаны со сниженным уровнем интеллекта.

Начало проявлений до возраста 18 лет или, согласно формулировке DSM-5, «в период развития», является третьим критерием нарушения интеллекта и позволяет разделить нарушения интеллекта детского и подросткового возраста от состояний, сопровождающихся сниженным уровнем интеллекта, которые проявляются в более позднем возрасте, например, синдрома Альцгеймера.

Как при самостоятельном диагнозе, так и в случаях, когда нарушение интеллекта сопутствует другим состояниям (например, расстройству в спектре аутизма), необходимо соблюдение нескольких условий.

Во-первых, ограничения должны проявляться в типичных контекстах для соответствующей группы с точки зрения возраста, условий жизни и культурной среды. Другими словами, от ребенка не должно требоваться адекватное поведение в совершенно нетипичной ситуации, даже если есть веские основания считать, что отсутствие ожидаемого поведения связано с недостаточно высоким уровнем интеллекта.

Во-вторых, при оценке интеллекта должен учитываться уровень владения речью, особенности навыков общения, а также нетипичные формы сенсорного и двигательного поведения, т.е. ядерные проявления РАС.

В-третьих, необходимо учитывать присутствующие сильные стороны, а не ограничиваться выявлением дефицитов.

В-четвертых, центральной целью описания профиля нарушений является определение направлений для помощи.

В-пятых, предоставление индивидуализированной помощи в течение более и менее продолжительного периода времени должно приводить к улучшению общего состояния человека с нарушением интеллекта [16].

Последнее особенно важно при сообщении результатов обследования родителям, самим обследуемым и другим заинтересованным лицам. Ни в коем случае не должно создаваться впечатление, что уровень интеллекта является неизменной величиной, определяющей уровень функционирования человека на протяжении всей жизни.

За последние полвека произошли изменения в представлениях о том, насколько должен быть снижен интеллект для постановки диагноза «умственная отсталость» или «нарушение интеллекта».

До 1973 г. считалось, что для определения у человека умственной отсталости достаточно одного стандартного отклонения IQ, затем требования стали более строгими. Это произошло не в последнюю очередь из-за того, что у многих детей с умеренно сниженным значением IQ выраженные трудности обучения сочетались с высокой степенью адаптации [7].

В настоящее время для установления нарушения интеллекта требуются снижение IQ на два стандартных отклонения или больше, а также дефицит адаптивных навыков, исследованный стандартизированным методом, со значением по одному субтесту, несколькими субтестам или суммарному баллу ниже двух стандартных отклонений от возрастной нормы [16].

В США многие штаты устанавливают свои внутренние требования для предоставления особых условий обучения, но они чаще всего следуют рекомендациям Американской ассоциации нарушений интеллекта и развития или незначительно отличаются от них.

В черновой версии «Международной классификации болезней» 11-го пересмотра [15] Всемирной организации здравоохранения состояние, аналогичное умственной отсталости, называется «нарушение интеллектуального развития» (disorder of intellectual development) и по диагностическим критериям оно существенно не отличается от «нарушения интеллекта».

Исследование интеллекта при расстройствах в спектре аутизма

Существует несколько оснований для углубленного исследования интеллекта и адаптивного поведения у людей с расстройствами в спектре аутизма.

Помимо упомянутой выше коморбидности аутизма и нарушения интеллекта (умственной отсталости), уровень интеллекта является необходимой информацией для интерпретации данных, полученных при ис-

следовании особенностей поведения и развития детей с расстройствами в спектре аутизма со слов родителей или при прямом наблюдении.

Кроме того, некоторые методики требуют оценки определенных форм поведения с учетом уровня интеллекта. Например, «План диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 [2] предусматривает при обследовании детей, подростков и взрослых, пользующихся для общения беглой речью, сравнивать наблюдаемые формы поведения в области социального взаимодействия с невербальным ментальным возрастом ребенка.

Но, даже при неструктурированном наблюдении за ребенком с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма или получении информации от родителей необходимо иметь в виду, что некоторые аутистические проявления могут быть частично или полностью обусловлены недостаточным для возрастных ожиданий уровнем интеллекта.

Так, например, социальная реакция может оказаться неадекватной из-за непонимания ситуации общения, которое является прямым следствием нарушения интеллекта.

Еще одной причиной необходимости отдельно исследовать интеллект у детей с РАС является недостаточная дискриминационная валидность скрининговых и диагностических методов для разделения умственной отсталости и аутизма.

Результаты специальных исследований в этой области не отличаются последовательностью [20]; например, для широко применяемого в мире «Интервью для диагностики аутизма» ADI-R [1] была показана как ограниченная разделительная способность между умственной отсталостью и РАС [6; 14], так и достаточная валидность в выявлении детей с РАС в когорте детей с умственной отсталостью различной степени [10].

В любом случае, использование только методов обследования, разработанных для выявления, диагностики и описания РАС, недостаточно для надежного определения уровня интеллекта.

В ряде случаев уровень интеллекта является одним из диагностических критериев состояния, ассоциированного со спектром аутизма. Примером является синдром Мартина-Белл (синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X), который определяется клинически на основании нарушения интеллекта, особенностей поведения и дисморфичных признаков, подтверждаемых генетическим анализом.

У людей мужского пола с подтвержденной полной мутацией, являющейся причиной синдрома, в 90% случаев интеллект снижен на два стандартных отклонения от возрастной нормы или больше [3].

До 60% людей мужского пола и около 20% людей женского пола с синдромом Мартина-Белл соответствуют диагностическим критериям аутизма, а отдельные аутистические черты присутствуют у 90% людей мужского пола с синдромом Мартина-Белл [12], хотя профиль нарушений в этих случаях отличается от профиля нарушений, характерных для несиндромальных форм аутизма [4].

В случаях коморбидности аутизма и синдрома Мартина-Белл наблюдаются более выраженные нарушения речи и более низкий IQ.

Для определения IQ часто применяют стандартные шкалы, которые, однако, не были разработаны с учетом особенностей детей с РАС, и их использование особенно проблематично с детьми, подростками и взрослыми, для которых характерны выраженные формы нежелательного поведения, неспособность воспринимать вербальные инструкции, недостаточное использование речи для общения, быстрая утомляемость, сниженная концентрация внимания и т. д. [18].

Эти ограничения касаются, например, шкал Векслера – самых распространенных инструментов исследования вербального и невербального IQ [26].

В ряде случаев для установления IQ у детей с РАС более применимыми оказываются методы, разработанные для специальных групп испытуемых, например, невербальная методика «Международная шкала продуктивности Leiter» [19], оригинальная версия которой использо-

валась для обследования глухих людей или людей, не владеющих английским языком.

Кроме того, был показан потенциал в определении ментального возраста относительно методик, изначально не предназначенных для измерения IQ, но разработанных для исследования особенностей развития детей с аутизмом.

Так, например, уровень развития, рассчитанный на основании обследования при помощи «Психологопедагогического профиля» РЕР-3 [21], хорошо коррелирует с IQ [8] и может использоваться для определения невербального ментального возраста. При этом необходимо подчеркнуть нестабильность результатов исследования интеллекта у детей с расстройством аутистического спектра, в связи с чем рекомендуется не ограничиваться однократным обследованием [11].

Также следует проявлять осторожность из-за эффекта нижней границы («эффекта дна»), состоящем в том, что большинство тестов не могут достоверно измерить IQ при значениях ниже 40 [3].

Заключение

Расстройства в спектре аутизма и нарушения интеллекта находятся в сложных отношениях, требующих от специалиста психологопедагогического профиля компетенций, связанных с обеими группами нарушений. Из-за значения уровня интеллекта и адаптивных навыков для планирования помощи детям, подросткам и взрослым с РАС, а также зависимости оценки проявлений аутизма от интеллектуальных способностей структурированное определение нарушений интеллекта или установление их отсутствия является необходимым этапом диагностического маршрута при РАС.

Литература

1. Раттер М., Куто Э., Лорд К. ADI-R. Интервью для диагностики аутизма: руководство. Western Psychological Services; Giunti OS Organizzazioni Speciali. – 2014. – 122 с.
2. ADOS-2. План диагностического обследования при аутизме: руководство / К. Лорд [и др.]. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O.S. – 2016. – 544 с.

3. A solution to limitations of cognitive testing in children with intellectual disabilities: the case of fragile X syndrome / D. Hessel [et al.] // *Journal of Neurodevelopmental Disorders*. 2009. Vol. 1. №1. P. 33–45. doi:10.1007/s11689-008-9001-8
4. Abbeduto L., McDuffie A., Thurman A.J. The fragile X syndrome-autism comorbidity: what do we really know. // *Front Genet*. 2014. Vol. 5. 10 p. doi:10.3389/fgene.2014.00355
5. Adult outcomes in autism: community inclusion and living skills / K.M. Gray [et al.] // *Journal of autism and developmental disorders*. 2014. Vol. 44. №12. P. 3006–3015. doi:10.1007/s10803-014-2159-x
6. Agreement among four diagnostic instruments for autism spectrum disorders in toddlers / P.E. Ventola [et al.] // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2006. Vol. 36. № 7. P. 839–847. doi:10.1007/s10803-006-0128-8
7. Brue A.W., Wilmshurst L. *Essentials of intellectual disability assessment and identification*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. – 2016. – 174 c.
8. Can PEP-3 Provide a Cognitive Profile in Children with ASD? A Comparison Between the Developmental Ages of PEP-3 and IQ of Leiter-R / A. De Giacomo [et al.] // *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2016. Vol. 29. P. 566–573. doi:10.1111/jar.12216
9. Carroll J.B. *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies*. Cambridge University Press, 1993. – 819 p.
10. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
11. Fernandez B.A., Scherer S.W. Syndromic autism spectrum disorders: moving from a clinically defined to a molecularly defined approach // *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017. Vol.19. № 4. P. 353–371.
12. From high intellectual potential to Asperger syndrome: evidence for differences and a fundamental overlap—a systematic review / A. Boschi [et al.] // *Frontiers in Psychology*. 2016. Vol. 7. 10 p. doi:10.3389/fpsyg.2016.01605
13. Gray K.M., Tongue B., Sweeney D.J. Using the Autism Diagnostic Interview-Revised and the Autism Diagnostic Observation Schedule with young children with developmental delay: Evaluating diagnostic validity //

Journal of autism and developmental disorders. 2008. Vol. 38. № 4. P. 657–667. doi:10.1007/s10803-007-0432-y

14. ICD-11. Mortality and Morbidity Statistics. – URL: <https://icd.who.int> (дата обращения: 10.05.2018).

15. Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports / R.L. Schalock [et al.] // [Б. м.]: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010. – 259 p.

16. Interrelationship between Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G), Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) classification in children with mental retardation / A. de Bildt // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2004. Vol. 34. № 2. P. 129–137.

17. Kim S.H., Bal V.H., Lord C. Longitudinal follow-up of academic achievement in children with autism from age 2.

18 // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2018. Vol. 59. № 3. P. 258–267. doi:10.1111/jcpp.12808

18. Koegel L.K., Koegel R.L., Smith R.L. Variables related to differences in standardized test outcomes for children with autism // Journal of Autism and Developmental Disorders. 1997. Vol. 27. № 3. P. 233–243. doi:10.1023/A:1025894213424

19. Leiter-3: Leiter International Performance Scale: Manual / G. Roid [et al.]. Wood Dale, Illinois: Stoelting Co, 2013. 307 p.

20. Moss J., Howlin P., Oliver C. The Assessment and Presentation of Autism Spectrum Disorder and Associated Characteristics in Individuals with Severe Intellectual Disability and Genetic Syndromes Joanna Moss, Patricia Howlin, and Chris Oliver // The Oxford Handbook of Intellectual Disability and Development / Eds. J.A. Burack, R.M. Hodapp, G. Iarocci, E. Zigler. OxfordUniversityPress, 2012. P. 275–302.

doi:10.1093/oxfordhb/9780195305012.013.0018

21. PEP-3: Psychoeducational Profile: TEACCH Individualized Assessment for Children with Autism Spectrum Disorders: Guide to item administration guide / E. Schopler [et al.]. Austin, Texas: Pro-Ed Inc, 2005. 36 p.

22. Prevalence of autism spectrum disorders among children with intellectual disability / B.L. Tonnsen [et al.] // American Journal on Intellectual and

Developmental Disabilities. 2016. Vol. 121. № 6. P. 487–500. doi:10.1352/1944–7558–121.6.487

23. Superior fluid intelligence in children with Asperger's disorder / M. Hayashi [et al.] // Brain and Cognition. 2008. Vol. 66. № 3. P. 306–10. doi:10.1016/j.bandc.2007.09.008

24. Taylor J.L., Henninger N.A., Mailick M.R. Longitudinal patterns of employment and postsecondary education for adults with autism and average-range IQ // Autism. 2015. Vol. 19. № 7. P. 785–793. doi:10.1177/1362361315585643

25. The Flynn effect: A meta-analysis / L. Trahan [et al.] // Psychological Bulletin. 2014. Vol. 140. № 5. P. 1332–1360. doi:10.1037/a0037173

26. Wechsler D. WISC-V: Wechsler intelligence scale for children: Administration and scoring manual. SanAntonio, Texas: Pearson, 2014. 371 p.

Martina O. Children with borderline intellectual functioning and autism spectrum disorder: developmental trajectories from 4 to 11 years of age / O. Martina, H. Anette, W. Joakim, H. Asa, G. Christopher, F. Elisabeth // Neuropsychiatr Dis Treat. – 2017. – № 24.

(Дети с пограничным интеллектуальным функционированием и расстройством аутистического спектра: траектории развития от 4 до 11 лет).

Исследования по аутизму, как правило, фокусируются либо на детях с интеллектуальной недостаточностью (т. е. тех, кто с интеллектуальным коэффициентом IQ до 70) или на группе, которую называют “высокоэффективной”, то есть на тех, у кого пограничный, средний или высокий IQ. Литературы по особенностям когнитивного развития при расстройствах аутистического спектра в сочетании с пограничным интеллектуальным состоянием (IQ 70–84) не достаточно.

Методы: из 208 детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра 50 детей с пограничным интеллектуальным функционированием в возрасте 4,5–6,5 лет были направлены на наблюдение. После этого 30 детей прошли тестирование. Родители были

опрошены с помощью полуструктурированного интервью вместе по шкалам адаптивного поведения, синдрома дефицита внимания/гиперактивности и других сопутствующих заболеваний. Позже эти дети были протестированы в возрасте 10 лет.

Большинство детей опрошенных родителей имели проблемы в нескольких областях развития. У детей отмечались высокие показатели дефицита внимания и трудности с регулированием уровня активности и импульсивности. Сводные баллы шкал адаптивного поведения показали, что в школьном возрасте показатели большинства детей снизились по сравнению с предыдущей оценкой в возрасте от 4,5 до 6,5 лет. Почти у половины испытуемых уровень IQ снизился до уровня ниже 70 или выше 84.

Заключение: ни один из обследованных детей не имел проблем с развитием нейropsychиатрией в школьном возрасте. Полученные результаты подтверждают необходимость комплексного наблюдения за образовательными, медицинскими и развивающими/нейropsychиатрическими потребностями, включая повторное тестирование когнитивных функций. Существует также необходимость в постоянном наблюдении и поддержке со стороны родителей/семьи.

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра, пограничное интеллектуальное функционирование, расстройства развития.

Литература

1. Venter A, Lord C, Schopler E. A follow-up study of high-functioning autistic children. J Child Psychol Psychiatry. 1992; 33(3):489–507.
2. Szatmari P, Bartolucci G, Bremner R, Bond S, Rich S. A follow-up study of high-functioning autistic children. J Autism Dev Disord. 1989; 19(2):213–225.
3. Szatmari P, Bryson SE, Boyle MH, Streiner DL, Duku E. Predictors of outcome among high functioning children with autism and Asperger syndrome. J Child Psychol Psychiatry. 2003;44(4):520–528.
4. Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Autism in adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community

sample followed from childhood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;48(11):1102–1110.

5. Volkmar FR, Pauls D. Autism. *Lancet*. 2003;362 (9390):1133–1141.

6. Ben Itzhak E, Lahat E, Burgin R, Zachor AD. Cognitive, behavior and intervention outcome in young children with autism. *Res Dev Disabil*. 2008; 29(5):447–458.

7. Begovac I, Begovac B, Majic G, Vidovic V. Longitudinal studies of IQ stability in children with childhood autism – literature survey. *Psychiatr Danub*. 2009; 21(3):310–319.

8. Baglio G, Blasi V, Sangiuliano Intra F, et al. Social competence in children with borderline intellectual functioning: delayed development of theory of mind across all complexity levels. *Front Psychol*. 2016; 7:1604.

9. Fernell E, Hedvall A, Norrelgen F, et al. Developmental profiles in preschool children with autism spectrum disorders referred for intervention. *Res Dev Disabil*. 2010; 31(3):790–799.

10. Fernell E, Hedvall Å, Westerlund J, et al. Early intervention in 208 Swedish preschoolers with autism spectrum disorder. A prospective naturalistic study. *Res Dev Disabil*. 2011;32(6):2092–2101.

11. Hedvall Å, Westerlund J, Fernell E, Holm A, Gillberg C, Billstedt E. Autism and developmental profiles in preschoolers: stability and change over time. *Acta Paediatr*. 2014;103(2):174–181.

12. Olsson MB, Westerlund J, Lundström S, Giacobini M, Fernell E, Gillberg C. “Recovery” from the diagnosis of autism – and then *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11: 999–1005.

13. Barnevik Olsson M, Lundström S, Westerlund J, Giacobini MB, Gillberg C, Fernell E. Preschool to School in Autism: neuropsychiatric problems 8 years after diagnosis at 3 years of age. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(8):2749–2755.

14. Eriksson MA, Westerlund J, Hedvall Å, Åmark P, Gillberg C, Fernell E. Medical conditions affect the outcome of early intervention in preschool children with autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22(1):23–33.

15. Sparrow SS, Cicchetti DV, Balla DA. Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II) Circle Pines, MN: American Guidance Service; 2005.
16. Hansson SL, Svanström Röjvall A, Råstam M, Gillberg C, Anckarsäter H. Psychiatric telephone interview with parents for screening of childhood autism-tics, attention-deficit hyperactivity disorder and other comorbidities (A-TAC): preliminary reliability and validity. *Br J Psychiatry*. 2005;187:262–267.
17. Larson T, Anckarsäter H, Gillberg C, et al. The autism – tics, AD/HD and other comorbidities inventory (A-TAC): further validation of a telephone interview for epidemiological research. *BMC Psychiatry*. 2010; 10:1.
18. Halleröd SL, Larson T, Stahlberg O, et al. The Autism – Tics, AD/HD and other Comorbidities (A-TAC) telephone interview: convergence with the Child Behavior Checklist (CBCL) *Nord J Psychiatry*. 2010; 64(3):218–224.
19. Larson T, Lundström S, Nilsson T, et al. Predictive properties of the A-TAC inventory when screening for childhood-onset neurodevelopmental problems in a population-based sample. *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 233.
20. Wechsler D, WISV-IV . Wechsler Intelligence Scale for Children. Fourth Edition [Swedish version] Stockholm: Psykologiförlaget AB; 2007.
21. Wechsler D, WPPSI-III . Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence. [Swedish version] Stockholm: Psykologiförlaget AB; 2005.
22. Baghdadli A, Assouline B, Sonié S, et al. Developmental trajectories of adaptive behaviors from early childhood to adolescence in a cohort of 152 children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2012; 42(7):1314–1325.
23. Musser ED, Hawkey E, Kachan-Liu SS, et al. Shared familial transmission of autism spectrum and attention-deficit/hyperactivity disorders. *Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55(7):819–827.
24. Goldin RL, Matson JL, Tureck K, Cervantes PE, Jang J. A comparison of tantrum behavior profiles in children

with ASD, ADHD and comorbid ASD and ADHD. Res Dev Disabil. 2013;34(9):2669–2675.

25. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello EJ. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: a prospective, longitudinal study. JAMA Psychiatry. 2015; 72(9):892–899.

26. Kanne SM, Gerber AJ, Quirnbach LM, Sparrow SS, Cicchetti DV, Saulnier CA. The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders: implications for functional outcome. Autism Dev Disord. 2011;41(8):1007–1018.

27. Szatmari P, Georgiades S, Duku E, et al. Pathways in ASD Study Team. Developmental trajectories of symptom severity and adaptive functioning in an inception cohort of preschool children with autism spectrum disorder. JAMA Psychiatry. 2015; 72(3):276–283.

28. Clark ML, Barbaro J, Dissanayake C. Continuity and change in cognition and autism severity from toddlerhood to school age. J Autism Dev Disord. 2017; 47(2):328–339.

29. Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. Res Dev Disabil. 2010; 31(6):1543–1551.

30. Gillberg C, Fernell E. Autism plus versus autism pure. J Autism Dev Disord. 2014; 44:3274–3276.

Annette E. Behavioral, cognitive, and adaptive development in infants with autism spectrum disorder in the first 2 years of life / E. Annette, Z. Lonnie, G. Hongbin, J. Tanya, P. Sarah, T. Jed, H. Heather, B. Kelly, R. Stephen, T. Robert, K. Penelope, E. Alan, D. Geraldine, E. Jordana, A. Shanna, P. Joseph // Journal of Neurodevelopmental Disorder. – 2015. – № 24.

(Поведенческое, когнитивное и адаптивное развитие у детей с расстройством аутистического спектра в первые 2 года жизни)

Чтобы определить раннее прогрессирование симптомов расстройства аутистического спектра (ASD), в этом исследовании были исследованы особенности развития младенцев с высоким семейным риском для ASD (HR) и младенцев с низким риском (LR).

Методы

Участники включали 210 детей с высоким семейным риском и 98 младенцев с низким семейным риском со схожими поведенческими данными в возрасте 6, 12 и 24 месяцев, оцененных в областях когнитивного развития (MullenScalesofEarlyLearning), адаптационных навыков (VinelandAdaptiveBehavioralScales) и ранних поведенческих особенностях. Участники, оцениваемые по критериям DSM-IV-TR в течение 24 месяцев и классифицированные как ASD-положительные или ASD-отрицательные, были дополнительно стратифицированы на 4 группы: HR-ASD – высокие, HR-ASD – умеренные (HR-ASD-Mod), HR-ASD – отрицательные (HR-Neg) и LR-ASD – отрицательные (LR-Neg).

Результаты

Эти четыре группы демонстрировали различные траектории развития, которые все больше отличались от 6 до 24 месяцев во всех областях. В течение 6 месяцев группа HR-ASD-High продемонстрировала менее продвинутые навыки грубого двигательного и визуального приема по сравнению с группой LR-Neg. К 12 месяцам группа HR-ASD-High демонстрировала повышенные поведенческие особенности ASD и снижение когнитивного и адаптивного функционирования по сравнению с HR-Neg и LR-Neg группами. К 24 месяцам обе группы HR-ASD-High и HR-ASD-Moderate демонстрировали отличия от групп LR-и HR-Neg во всех областях.

У детей 6-месячного возраста было выявлено атипичное сенсомоторное развитие, которое предшествует когнитивному и адаптивному дефициту, а также поведенческим особенностям. Группа с низким семейным риском демонстрирует более позднее начало симптомов, на втором году жизни с первоначальными различиями в области социальной коммуникации.

Литература

1. Bedford R, Pickles A, Gliga T, Elsabbagh M, Charman T, Johnson MH. Additive effects of social and non-social attention during infancy relate to later autism spectrum disorder. *DevScience*. 2014;17(4):612–20.
2. Bolton P, Golding J, Emond A, Steer C. Autism spectrum disorder and autistic traits in the avon longitudinal study of parents and children: precursors and early signs. *J AmAcadChildAdolescPsychiatry*. 2012;51(3):249–60.
3. Brian J, Bryson S, Garon N, Roberts W, Smith IM, Szatmari P, et al. Clinical assessment of autism in high-risk 18-month-olds. *Autism*. 2008;12(5):433–56.
4. Bryson SE, Zwaigenbaum L, McDermott C, Rombough V, Brian J. The autism observation scale for infants: scale development and reliability data. *J AutismDevDisord*. 2008;38(4):731–8.
5. Chawarska K, Klin A, Paul R, Volkmar F. Autism spectrum disorder in the second year: stability and change in syndrome expression. *ChildPsycholPsychiatry*. 2007;48(2):128–38.
6. Chawarska K, Macari S, Shic F. Decreased spontaneous attention to social scenes in 6-month-old infants later diagnosed with autism spectrum disorders. *Biol Psychiatry*. 2013; 74(3):195–203. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.022. Epub 2013 Jan 11.
7. Davidovitch M, Levit-Binnun N, Golan D, Manning-Courtney P. Late diagnosis of autism spectrum disorder after initial negative assessment by a multidisciplinary team. *J DevBehavPediatr*. 2015;0:1–8.
8. Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *DevPsychopathol*. 2008;20(3):775–803.
9. Ellison JT, Paterson SJ, Wolff JJ, Reznick JS, Sasson NJ, Gu H, et al. White matter microstructure and atypical visual orienting in 7-month-olds at risk for autism. *Am J Psychiatry*. 2013; 170(8):899–908. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12091150.

10. Elison JT, Wolff JJ, Reznick JS, Botteron KN, Estes AM, Gu H, et al. Repetitive behavior in 12-month-olds later classified with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53(11):1216–24. doi:10.1016/j.jaac.2014.08.004.
11. Estes A, Hus V, Elder L. Family adaptive functioning in autism. In: Amaral DG, Dawson G, Geschwind DH, editors. *Autism spectrum disorders*. New York, New York: Oxford University Press, Inc; 2011. p. 1182–95.
12. Filliter JH, Longard J, Lawrence MA, Zwaigenbaum L, Brian J, Garon N, et al. Positive affect in infant siblings diagnosed with autism spectrum disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2015; 43(3):567–75.
13. Flanagan JE, Landa R, Bhat A, Bauman M. Head lag in infants at risk of autism: a preliminary study. *Am J Occup Ther*. 2012. doi:10.5014/ajot.2012.004192.
14. Gammer I, Bedford R, Elsabbagh M, Garwood H, Pasco G, Tucker L, et al. Behavioural markers for autism in infancy: scores on the Autism Observational Scale for Infants in a prospective study of at-risk siblings. *Infant Behav Dev*. 2015; 38:107–15. doi:10.1016/j.infbeh.2014.12.017.
15. Gotham K, Risi S, Pickles A, Lord C. The autism diagnostic observation schedule: revised algorithms for improved diagnostic validity. *J Autism Dev Disord*. 2007; 37(4):613–27.
16. Guthrie W, Swineford LB, Nottke C, Wetherby AM. Early diagnosis of autism spectrum disorder: stability and change in clinical diagnosis and symptom presentation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013; 54(5):582–90. PubMed PMID: 23078094; PubMed Central PMCID: PMC3556369.
17. Hochberg Y, Benjamini Y. More powerful procedures for multiple significance testing. *StatMed*. 1990;9:811–8.
18. Iverson JM. Multimodality in infancy: vocal-motor and speech-gesture coordinations in typical and atypical development. *Enfance*. 2010;2010(3):257–74.
19. Jones W, Klin A. Attention to eyes is present but in decline in 2–6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*. 2013;504 (7480):427–31. doi:10.1038/nature12715. Epub 2013 Nov 6.

20. Kim SH, Thurm A, Shumway S, Lord C. Multisite study of new autism diagnostic interview-revised (ADI-R) algorithms for toddlers and young preschoolers. *J Autism Dev Disord*. 2013;43:1527–38.
21. Landa R, Garrett-Mayer E. Development in infants with autism spectrum disorders: a prospective study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(6):629–38.
22. Landa RJ, Holman KC, O'Neill AH, Stuart EA. Intervention targeting development of socially synchronous engagement in toddlers with autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 52(1):13–21.
23. Landa RJ, Holman KC, Garrett-Mayer E. Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(7):853.
24. Lord C. Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36(8):1365–82.
25. Lord C, Luyster R. Recent advances in autism and related disorders. Early diagnosis of children with autism spectrum disorders. *Clinical Neurosci Res*. 2006; 6:189–94.
26. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S. Autism diagnostic observation schedule. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 2000.
27. Lord C, Rutter M, Couteur A. Autism diagnostic interview-revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. 1994; 24(5):659–85.
28. Maxwell M. Manual for the family interview for genetic studies (FIGS). Bethesda, MD: National Institute of Mental Health; 1992.
29. Messinger D, Young GS, Ozonoff S, Dobkins K, Carter A, Zwaigenbaum L, et al. Beyond autism: a baby siblings research consortium study of high-risk children at three years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(3):300–8.
30. Mitchell S, Brian J, Zwaigenbaum L, Roberts W, Szatmari P, Smith I, et al. Early language and communication development of infants later

diagnosed with autism spectrum disorder. *J Develop Behavior Pediat: Jdbp*. 2006;27(2):69–78.

31. Mullen EM. *Mullen Scales of Early Learning: AGS edition*. Circle Pines, MN: American Guidance Service Publishing; 1995.

32. Nadig AS, Ozonoff S, Young GS, Rozga A, Sigman M, Rogers SJ. A prospective study of response to name in infants at risk for autism. *ArchPediatAdolescMed*. 2007;161(4):378–83.

33. Ozonoff S, Heung K, Byrd R, Hansen R, Hertz-Picciotto I. The onset of autism: patterns of symptom emergence in the first years of life. *AutismRes*. 2008;1(6):320–8.

34. Ozonoff S, Iosif A, Baguio F, Cook IC, Hill MM, Hutman T, et al. A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *J AmAcadChildAdolescPsychiatry*. 2010;49(3):256–66.

35. Ozonoff S, Iosif A, Young GS, Hepburn S, Thompson M, Colombi C, et al. Onset patterns in autism: correspondence between home video and parent report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50(8):796–806.

36. Ozonoff S, Macari S, Young GS, Goldring S, Thompson M, Rogers SJ. Atypical object exploration at 12 months of age is associated with autism in a prospective sample. *Autism*. 2008;12(5):457–72.

37. Ozonoff S, Young GS, Belding A, Hill M, Hill A, Hutman T, et al. The broader autism phenotype in infancy: when does it emerge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53(4):398–407. doi:10.1016/j.jaac.2013.12.020. Epub 2014 Jan 21.

38. Ozonoff S, Young GS, Carter A, Messinger D, Yirmiya N, Zwaigenbaum L, et al. Recurrence risk for autism spectrum disorders: a baby siblings research consortium study. *Pediatrics*. 2011; 128(3):e 488–95.

39. Ozonoff S, Young GS, Landa RJ, Brian J, Bryson S, Charman T, et al. Diagnostic stability in young children at risk for autism spectrum disorder: a baby siblings research consortium study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015. doi:10.1111/jcpp.12421.

40. Pine DS. A 60–year climb on the mountain of nosology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(12):1251–4.

41. Rozga A, Hutman T, Dapretto M, Sigman M, Young GS, Rogers SJ, et al. Behavioral profiles of affected and unaffected siblings of children

with autism: contribution of measures of mother-infant interaction and non-verbal communication. *J Autism Develop Disord*. 2011; 41(3):287–301.

42. Rutter M, Bailey A, Lord C, Berument S. *Social Communication Questionnaire*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 2003.

43. Rutter M, LeCouteur A, Lord C. *Autism Diagnostic Interview-Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Service; 2003.

44. Sandin S, Lichtenstein P, Kuj-Halkola R, Larsson H, Hultman CM, Reichenberg A. The familial risk of autism. *JAMA*. 2014;311(17):1770–7. doi:10.1001/jama.2014.4144.

45. Shen MD, Nordahl CW, Young GS, Lee A, Liston SE, Harrington KR, et al. Early brain enlargement and elevated extra-axial fluid in infants who develop autism spectrum disorder. *Brain*. 2013;136(9):2825–35.

46. Sparrow S, Balla D, Cicchetti D. *Vineland adaptive behavior scales: second edition*. Shoreview, MN: American Guidance Service; 2005.

47. Sullivan M, Finelli J, Marvin A, Garrett-Mayer E, Bauman M, Landa R. Response to joint attention in toddlers at risk for autism spectrum disorder: a prospective study. *J Autism Dev Disord*. 2007; 37(1):37–48.

48. Thurm A, Manwaring SS, Swineford L, Farmer C. Longitudinal study of symptom severity and language in minimally verbal children with autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56:97–104. doi:10.1111/jcpp.12285.

49. Wolff JJ, Botteron KN, Dager SR, Elison JT, Estes AM, Gu H, et al. Longitudinal patterns of repetitive behavior in toddlers with autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014. doi:10.1111/jcpp.12207.

50. Wolff JJ, Gu H, Gerig G, Elison JT, Styner M, Gouttard S, et al. Differences in white matter fiber tract development present from 6 to 24 months in infants with autism. *Am J Psychiatry*. 2012; 169:589–600.

51. Zwaigenbaum L, Bryson S, Lord C, Rogers S, Carter A, Carver L, et al. Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*. 2009; 123(5):1383–91.

52. Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T, Roberts W, Brian J, Szatmari P. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int J Dev Neurosci*. 2005;23(2–3):143–52.

Компетентностно-ориентированные задания:

1. Используя материалы, представленные в разделе, составьте список ключевых слов, общий для всех статей раздела, опишите с помощью словаря значение каждого термина и понятия.
2. Подготовьте рецензию на одну из статей, включенных в раздел. Рецензия должна содержать критический анализ текста, описание изучаемой автором проблемы, пути и средства ее решения, а также ваше мнение на статью.
3. Сформулируйте ряд организационных, методических, содержательных предложений по работе с проблемами, описанными авторами в статьях раздела. Приведите конкретные примеры игр и упражнений.
4. Опираясь на материалы раздела и другие дополнительные источники, подготовьте методические рекомендации для педагогов и родителей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра.
5. Дополните раздел другими современными и актуальными исследованиями, выполненными российскими и зарубежными учеными, проведя анализ баз данных (eLIBRARY.RU, Scopus, Web of Science). Результаты представьте в виде библиографически правильно оформленного списка литературы.

Раздел 4. Социальное взаимодействие детей с РАС

Балашова В. П. Особенности развития социально-коммуникативной сферы у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра / В.П. Балашова // Молодой ученый. – 2018. – № 46. – С. 247–249.

Аннотация. В статье раскрываются особенности развития социально-коммуникативной сферы у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: Расстройство аутистического спектра, коммуникация, социальное взаимодействие, мутизм, стереотипное поведение.

С каждым годом во всем мире растет число детей с расстройствами аутистического спектра. По данным Министерства здравоохранения, в России в 2017 году число детей, зарегистрированных с диагнозом «аутизм» в возрасте 18 лет, существенно выросло по сравнению с 2016 годом: в 2016 году было зарегистрировано 17,7 тысяч случаев, а в 2017 году – уже более 22 тысяч [2].

Сочетание высокой частоты встречаемости с разнообразием клинической картины, значительным процентом тяжелых и осложненных форм, сложностью коррекционной работы делают расстройство аутистического спектра не только сугубо медицинской, но и серьезной социальной проблемой. Расстройство аутистического спектра (РАС) – это отклонение в психическом развитии личности, главным проявлением которого являются нарушение процесса общения с внешним миром и трудности в формировании эмоциональных контактов с другими людьми [1, с. 9].

У детей с РАС наблюдаются следующие особенности развития: – состояние одиночества (недостаток социального взаимодействия); – нарушения в развитии коммуникативной сферы; – повторяющийся репертуар поведения (стереотипные движения и действия); – нарушения в формировании эмоционально-волевой сферы; – неравномерность

развития познавательных процессов. Состояние одиночества – критическое снижение способности к установлению контакта с социумом. Как известно, потребность в общении – одна из самых важных человеческих потребностей. Общение – это главное условие и основной способ жизни человека: только в общении и в отношениях с другими людьми человек может почувствовать и понять самого себя, найти свое место в мире. Дети с РАС предпочитают находиться в своем собственном мире, в котором они чувствуют себя в безопасности. Для детей с РАС характерно: – непонимание того, что язык используется как средство общения и отсутствие удовольствия от использования языка при общении; – непонимание того, что язык — это средство передачи информации другим людям. Они в состоянии попросить о чем-либо для удовлетворения своих нужд, но испытывают большие трудности в передаче своих чувств, мыслей, и в понимании эмоций, чувств, убеждений других людей; – слабое понимание информации, содержащейся в жестах, мимике, выражении лица, интонации голоса и т. д.; – неспособность использовать жесты, мимику, выражение лица, интонацию голоса, позу тела для передачи информации (некоторые дети могут использовать жесты, но они оказываются странными и неподходящими к ситуации); – дети, у которых хороший словарный запас, понимают и используют слова педантично, конкретно, проявляют идиосинкразию и помпезность в выборе слов и фраз, и ограниченное содержание речи; некоторые вербальные аутисты зачарованы словами, но не используют их для социального взаимодействия и коммуникации [3, с. 143]. Нарушения в развитии коммуникативной сферы является одним из основных признаков раннего детского аутизма. Данный признак проявляется в самом раннем возрасте: при комплексе оживления, который может проявляется позднее чем у сверстников, отмечается отсутствие фиксации взгляда на лице близкого взрослого, ответных реакций ребенка на улыбку, обращенную речь и жесты. При взрослении слабость контактов с ближайшим окружением продолжает нарастать. У детей нет стремления к близкому тактильному, эмоциональному контакту с родителями.

Более того, может проявляться страх, агрессивное поведение по отношению к ним (или одному из них). Отмечается незаинтересованность в совместной деятельности со стороны детей с расстройствами аутистического спектра: дети не задают вопросов, не просят почитать или рассказать сказку, не зовут родителей для разрешения проблемных ситуаций. У детей с РАС отсутствует стремление к общению со сверстниками – наблюдается игнорирование или активное (иногда агрессивное) отвержение попыток вступить в контакт. В своих социальных контактах ребенок данной категории крайне избирателен. Холодность, погруженность во внутренние переживания, низкий уровень коммуникативных способностей отталкивают сверстников, ограничивая круг общения. Это в свою очередь затрудняет его личностное развитие, усвоение правил поведения в обществе и нравственных категорий. Отклонения в речевом развитии, прежде всего, ее коммуникативной функции – один из основных признаков расстройства аутистического спектра у детей. Проявления речевых нарушений чрезвычайно многообразны по характеру и динамике, и в большинстве случаев они обусловлены нарушениями общения. По мнению К.С. Лебединской и О.С. Никольской уже начальные проявления речевой деятельности в раннем возрастном периоде свидетельствуют о некотором неблагополучии речевого развития. Первые активные речевые реакции в виде гуления у аутичных детей могут существенно запаздывать. То же самое относится к лепету у 11 % – фаза лепета отсутствовала, у 24 % – была выражена слабо, у 31 % – отсутствовала лепетная реакция на взрослого. Первые слова обычно появляются рано, у 63 % – слова «мама, папа, деда», но 51 % – использовались без соотнесения с присутствующим взрослым. У детей отмечается неспособность правильно использовать личные местоимения при построении фразы: как правило, дети пользуются безличными высказываниями или используют местоимения «ты», «он» для обозначения собственной личности. Дети аутисты слабо (зачастую никак) реагируют на обращенную речь взрослого. У них отсутствует стремление повторить фразу по подражанию. Они редко задают вопросы, если таковые

появляются, то носят повторяющийся неосмысленный характер. Речевые нарушения проявляются и в более широком контексте: практически не используются мимика и жесты. Помимо перечисленного отмечаются необычное интонирование и темп речи [4, с. 87].

Все вышесказанное позволяет выделить следующие особенности, характерные для речевого развития детей с РАС:

- мутизм – это психо-патологическое состояние, которое характеризуется полным отсутствием речи при сохранении функций речедвигательного аппарата, слуха и участков коры головного мозга, отвечающих за речь;

- эхолалии – повторение слов и фраз, сказанных другим лицом (часто отставленные, т. е. воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время);

- слова-штампы и фразы штампы, фонографичность («попугайность») речи;

- автономность речи;

- отсутствие в речи личных местоимений, их неправильное употребление;

- отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге;

- нарушение семантики (метафорическое замещение, расширение или чрезмерное (до буквальности) сужение толкований значений слов);

- неологизмы – придуманное ребенком новое слово;

- нарушения грамматического строя речи:

- нарушения звукопроизношения;

- нарушения просодических компонентов речи.

Таким образом, речь детей дошкольного возраста с РАС характеризуется, как специфическими особенностями (автономность речи, отсутствие личных местоимений, эхолалии, слова-штампы), так и особенностями, характерными для задержки речевого развития (недоразвитие фонетико-фонематического, лексико-грамматического строя речи). Кроме того, дети с РАС нарушено понимание обращенной речи – страдает не только экспрессивная сторона речи, но и импрессивная сторона речи. Действие общения включает в себя средства общения (т.е. опера-

ции, с помощью которых осуществляется действие общения). Среди них можно выделить три основные категории: – экспрессивно-мимические средства общения (улыбка, взгляд, мимика, выразительные движения рук и тела, выразительные вокализации); – предметно-действенные средства общения (локомоторные и предметные движения, а также позы, используемые для целей общения; к этой категории средств общения относятся приближение, удаление, вручение предметов, протягивание взрослому различных вещей, притягивание к себе и отталкивание от себя взрослого; позы, выражающие протест, желание уклониться от контакта, или наоборот); – речевые средства общения (высказывания, вопросы, ответы, реплики). Для детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра характерна бедность использования невербальных средств коммуникации (экспрессивно-мимических и предметно-действенных). Стереотипы и стереотипное поведение – выраженное стремление сохранить привычные условия жизнедеятельности, активное сопротивление малейшим изменениям, завроженность однообразными действиями. Моторный стереотип – это повторяющееся движение одной или нескольких частей тела человека. У детей с типичной формой аутизма уже на первом году жизни отмечаются моторные стереотипы. Наиболее частым проявлением моторной стереотипии являются взмахи руками (размахивание, вращательные движения, легкие удары пальцами, хлопки и т.д.), иногда дети могут прикрывать лицо (глаза) рукой и смотреть сквозь пальцы. Среди других проявлений моторной стереотипии наиболее часто встречаются следующие: раскачивание всем телом, потряхивание головой или вращение ею, подскоки на двух ногах, хождение на носочках и др. Некоторые навязчивые движения постепенно могут трансформироваться в проявления аутоагрессии (сначала накручивание волос на палец, а затем вырывание волос, сначала прикрывание рта рукой, а затем кусание рук). У детей с сохранным уровнем интеллектуального развития моторные стереотипии заменяются на вербальные. Они могут вне зависимости от ситуации издавать одни и те же звуки (междометья) или задавать один и тот же вопрос, не ожидая на него ответа. Яркие признаки объектов (звук, цвет) могут завораживать детей с расстройствами аутистического спектра. Данные

предметы и манипуляции с ними служат для зрительной, слуховой и моторной стимуляции. Как правило, проявления моторной стереотипии наблюдаются в раннем и дошкольном возрасте, а затем постепенно идут на спад [3, с. 56].

Нарушения в формировании эмоционально-волевой сферы. Страхи являются одной из наиболее ярких эмоций у детей с аутизмом. Эти эмоции вызывают как самые рядовые бытовые явления и звуки, так и новые незнакомые предметы, люди, помещения. Так же у детей с расстройствами аутистического спектра отмечается снижение чувства самосохранения, с элементами аутоагрессии. Они могут наносить себе травмы (царапаться, кусать и бить себя). Более того у них плохо осознается и закрепляется чувство опасности: такие дети могут выйти на проезжую часть, шагнуть без страховки с высоты и т.д. Таким образом, можно сделать вывод о том, что расстройство аутистического спектра – особое расстройство психики, при котором выражена неспособность вступать в контакт с окружающими, используя вербальные (речь) и невербальные (мимика, жесты, позы) средства коммуникации, что, в свою очередь, резко искажает весь ход психического развития, страдают все стороны психической деятельности, направленные на овладение социальными отношениями.

Литература

1. Азова О.И. К вопросу об аутизме / О. И. Азова // Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: сборник. – 2016. – № 1. – С. 7–20.
2. Думчива Е. В. Неизвестный аутизм / Е.В. Думчива. – URL: <https://life.ru> (дата обращения: 20.12.18).
3. Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. Сборник материалов II Всероссийской научно–практической конференции, (22–24 ноября 2017 г.) / ред. А.В. Хаустова. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. – 456 с.
4. Хаустов А.В. Формирование коммуникативных навыков у детей с детским аутизмом / А.В. Хаустов. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 176 с.

Пинкус М.В. Развитие навыков социального взаимодействия в раннем детстве у типично развивающихся детей и у детей с расстройствами аутистического спектра / М.В. Пинкус // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2015. – № 10. – С. 149–155.

Аннотация. В статье отражены результаты теоретического изучения особенностей развития навыков социального взаимодействия у типично развивающихся детей раннего возраста, сопоставленные с аналогичными данными исследований детей с расстройством аутистического спектра. Определены специфические особенности формирования процесса социального взаимодействия в раннем возрасте, выделены его основные функциональные компоненты.

Ключевые слова: аутизм, дети с расстройствами аутистического спектра, дети раннего возраста, навыки социального взаимодействия.

Нарушения в сфере социального взаимодействия являются отличительной чертой расстройств аутистического спектра. Термин «аутизм» объединяет группу неоднородных по своему происхождению расстройств, связанных с генетическими аномалиями, нарушениями работы ЦНС, а также с патологией внутриутробного развития, которые вызывают нарушения раннего эмоционального и социального развития, коммуникации, перцепции и поведения. Термин «расстройства аутистического спектра» сравнительно недавно стал использоваться в отечественной специальной психолого-педагогической литературе. Международная классификация болезней (МКБ-10) определяет «расстройства аутистического спектра» как «спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии, коммуникациях, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов».

Большинство исследователей (L. Kanner, 1943; Т. Симсон, 1948, В. Surray, 1979; В. Fish, 1971, 1978; L. Wing, 1976; В.М. Башина,

1980; 1980; В.Е. Башина, 1980; В.Е. Каган, 1981; С. Park, 1982; О.С. Никольская, 1985; D. Houzel, 1987; D. Sanvage, L. Hamerury, 1987) полагает, что психическое развитие значительного количества аутичных детей патологично уже с самого рождения [3]. Большинство специалистов (Baileyetal., 1995; FolsteinandRutter, 1988; Gillberg, 1991) в настоящее время приходят к выводу, что расстройства спектра аутизма обусловлены генетическими мутациями с участием нескольких генов, детерминирующих нарушение нейрофизиологического развития [13].

Основными признаками аутизма считаются социальная изолированность, трудности установления глазного контакт, отгороженность от контактов с внешним миром [9]. На поведенческом уровне аутизм определяют через затруднения, возникающие при социальных контактах: неспособность понимать и использовать вербальные и невербальные способы коммуникации, персеверации в моторной сфере, задержку в школьном обучении, неспособность понимать метафорический смысл слов и предложений, нарушение коммуникативной функции речи и неспособность к сопереживанию [5]. Потребность в социальных контактах является одной из ведущих у человека. В психологической литературе понятия «социальное развитие» и «социальное взаимодействие» часто употребляются как тождественные. Исследования психолого-педагогических аспектов социального развития позволили осветить ряд принципиальных позиций по проблемам: соотношения биологического и социального в человеке (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Л.В. Запорожец); влияния социальных факторов на его личностное развитие (И.С. Кон, М.И. Лисина, А.В. Запорожец, Л.С. Выготский, Д.И. Фельдштейн); движущих сил социального развития (А. Адлер, З. Фрейд, А. Маслоу, А.В. Петровский, В.И. Слободчиков); роли деятельности в социальном развитии (А.В. Запорожец, С.Л. Рубинштейн). Отправной точкой социального развития является ориентация на другого человека, способность ребенка к социальному взаимодействию. Исследования М.И. Лисиной, Т.А. Репиной, Л.В. Пименовой позволяют

рассматривать социальную ориентацию как отправной момент взаимодействия. В ее структуре выделяются следующие компоненты:

- социальная перцепция, осуществляемая по разным основаниям (видовые, родовые, половые, национальные, этнические особенности),
- предвосхищающее воображение, связанное с мысленным «протраиванием» хода развития ситуации взаимодействия,
- «запускающие» эмоции, которые либо провоцируют, либо блокируют дальнейший ход взаимодействия.

Согласно Дж. Миду, становление человеческого «Я» происходит в ситуации общения, и интериоризация диалога составляет источник мыслительной активности. Ситуации обучения – это вместе с тем ситуации совместной деятельности. В них формируется личность, в них она осознает себя, не просто смотрясь в других, но действуя совместно с ними [11, с. 51].

Понятие «социальное взаимодействие» в специальной психологии не может рассматриваться без понимания этого термина в социальной психологии. Основой социального взаимодействия является «социальное действие». Это понятие впервые в социальной психологии было введено Максом Вебером, который считал, что оно представляет собой простейшую единицу, простейший элемент любого вида социальной деятельности людей. По мнению М. Вебера, «человеческое действие только тогда приобретает черты социального действия, когда оно осознанно (рационально), и находится в связке с действиями других людей, оказывает влияние на их поведение, и одновременно испытывает воздействие от поведения [4, с. 29]. А.А. Леонтьев указывает, что взаимодействие (интеракция) опосредовано общением и благодаря общению люди могут вступать во взаимодействие. Взаимодействие, интеракция, по А.А. Леонтьеву, – это коллективная деятельность, которая рассматривается не со стороны содержания или продукта, а в плане ее социальной организации [10]. Социальное взаимодействие, по Ю.Н. Кисляковой, – систематически устойчивое выполнение каких-то действий, которые нацелены

на партнера для вызова ответной реакции с его стороны, которая, в свою очередь, вызывает новую реакцию воздействующего [6]

Б.Г. Ананьев, также указывал на то, «что только с накоплением и обобщением опыта взаимодействия с другими людьми, повышается уровень социальной перцепции и саморегуляции поведения» [1, с. 54]. Важным условием успешности реализации социального взаимодействия является наличие у субъектов данного взаимодействия определенных навыков. Навыки – действия, сформированные путем повторения, характеризующееся высокой степенью освоения и отсутствием поэлементной сознательной регуляции и контроля [14].

Наиболее ранним в онтогенезе способом социального взаимодействия является механизм рефлексорной регуляции. Его первичные проявления обнаруживаются уже в младенческом возрасте в виде социально направленной улыбки и в дальнейшем часто проявляются бесконтрольно, на уровне феномена «стимул-реакция» [15]. Отвечая на вопрос, какова природа и каковы функции социального взаимодействия между детьми многие ученые (Nadel, Baudonniere, 1985; Winnykamen, 1990; Dubonetcoll., 1981; Ricaud, 1998) отмечают, что в зависимости от периода развития ребенка на его социальное поведение воздействуют несколько психологических функций. Основными компонентами развития социального поведения ребенка являются: зрительный контакт, социальная улыбка, выражение желания с помощью жестов, потребность в тактильном контакте, разделенное внимание, имитация, протестное или заинтересованное поведение, сопровождаемое взглядами жестами, понятие о запретном и возможность предугадывать последствия своих действий [5].

Среди наиболее ранних социальных навыков можно выделить навык «совместно-разделенного внимания» (аналог английских терминов “jointattention” и “sharedattention”), которое, по мнению Hobson R.P., предполагает наличие совместной деятельности взрослого и ребенка, во время которой внимание ее участников направлено и на объект деятельности, и на партнера по взаимодействию. Помимо самого

объекта и действий с ним, ребенку интересна реакция партнера на происходящее. Таким образом, владение этим навыком подразумевает и способность переключать внимание с предмета деятельности на партнера [18].

Этот навык становится базой для развития обратной связи. По мнению Дж.А. Келли, обратная связь представляет собой позитивную или негативную информацию, которая поступает в качестве реакции на поведение индивида. С. Гринспен и др. (Greenspan, 1985; Lewis, 1999;) связывают развитие первых форм социального взаимодействия с эмоциональным развитием ребенка и формированием привязанности. Под привязанностью понимают отношения, характеризующиеся сильной взаимозависимостью, интенсивными обоюдными чувствами и жизненно важными эмоциональными контактами [8].

Большой вклад в изучение феномена привязанности внесла М. Эйнсворт (Ainsworth, 1983), по мнению которой, привязанность является взаимной и носит реципрокный характер, работает в обоих направлениях и связана с переживаниями. Контакты, которые можно охарактеризовать как привязанность, включают в себя сигнальное поведение (плач, улыбка, голосовые сигналы), ориентировочное поведение (взгляды), локомоции, вызванные поведением другого человека (следование, приближение), а также активные действия, направленные на достижение физического контакта (попытки карабкаться, обхватывать руками и прижимать, цепляться) [8].

Еще одним важным навыком социального взаимодействия в раннем детстве, по мнению Дж.А. Келли, является имитация, которая основывается на способности наблюдать за поведением других людей [5].

Роль подражания в социальном развитии обычных детей также обсуждалась Meltzoff и Gopnik (1993). Способность новорожденных имитировать мимические экспрессии, которые они видят, приводит авторов к выводу о наличии надмодальной (т.е. не связанной с определенной модальностью) схемы тела, позволяющей сопоставлять видимое (зрительную информацию) и чувствуемое (проприорецептивную информацию).

Авторы предполагают, что имитация, по сути, может являться источником «эмоционального заражения»: делая такое же выражение лица, как и у окружающих, ребенок может начинать испытывать такие же эмоции [2].

Важную роль в развитии социального взаимодействия играет ориентировка в схеме собственного тела (пространственная ориентировка) (Dubon 1981, А.Н. Бернштейн, 1990, М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, 2005, Е.В. Максимова, 2011 и др.).

В конце первого года жизни у ребенка появляются первые целенаправленные поведенческие акты, развивается способность двигаться самостоятельно, телесные контакты становятся более целенаправленными [16]. Важную роль в развитии целенаправленных движений играет сенсорная интеграция – процесс обработки сенсорной информации различных сенсорных систем (протопатической, вестибулярной, проприоцептивной, зрительной и слуховой). Развитие ориентировки в схеме собственного тела и знакомство с телом другого человека приводит к тому, что ребенок лучше дифференцирует и лучше знает себя и других. В результате сложного взаимодействия дети учатся определять границы друг друга, а постоянное движение от себя к другому и обратно постепенно формирует пространственные представления в триаде «тело-объект-пространство», что значительно расширяет навыки социального взаимодействия. Практически все исследователи аутизма указывают на то, что аутистиче указывают на то, что аутистическое расстройство формируется к 2,5–3 годам. К.С. Лебединская, О.С. Никольская (1991), Е.Р. Баенская (2007) указывают на то, что признаки аутизма могут проявляться в «особенностях аффективного взаимодействия ребенка с окружением, в специфических трудностях его эмоционального и социального развития (слабости «эмоционального заражения», пассивности и невыносливости в контактах с близкими, нарушениях формирования привязанности, проблемах разделенного со взрослым внимания, отсутствии подражания и др.)» [3].

J. Richer (1978) высказывал мнение, что пресыщение и даже истощение у аутичного ребенка вызывают различные социальные стимулы, особенно поддержание контакта «глаза в глаза», автор считал, что это может являться центральным дефицитом при аутизме [13].

В период раннего детства также становится очевидной несостоятельность аутичных детей в способности подражать действиям другого человека. По мнению Meltzoff и Gopnik, при аутизме система, позволяющая, как они считают, идентифицировать взрослого как «некто такое же, как я», повреждается. Отсутствие такой, как они выражаются, «изначальной точки отсчета» должно приводить к снижению способности ребенка выстраивать «модель психического», то есть способности предвидеть последствия действий других людей [2].

Многие исследователи, занимающиеся проблемой аутизма, в настоящее время склонны приписывать трудности формирования навыков имитации нарушению в работе системы зеркальных нейронов [7].

Существуют также наблюдения (Е.В. Максимова, А.Б. Архипов, 2007), доказывающие, что при расстройствах аутистического спектра нарушены интегративные соматосенсорные функции теменной коры, формирующие соматогнозис, то есть представления о собственном теле. У маленького ребенка такие представления тесно связаны с аффективными переживаниями в процессе телесного контакта с матерью. Отсутствие единства перцепции (согласованного восприятия мультимодальной сенсорной информации), что приводит к невозможности формирования целостных представлений (репрезентаций) в воображении аутичных детей Максимова Е.В. (2007) отмечает у детей с аутизмом изменения уровня тонической регуляции, что проявляется в выраженной мышечной гипотонии, снижении протопатической (глубокой) чувствительности. Гипотония, снижение тонуса, как правило, проявляются не только сниженным мышечным тонусом, но и сниженным эмоциональным тонусом. При дистониях авторы отмечают или эмоциональную лабильность, или постоянное состояние дискомфорта [12].

Всё это приводит к тому, что в раннем возрасте аутичные дети часто либо безразличны к окружающим и мало отвечают на стремление взять их на руки, либо демонстрируют сопротивление, напряжение тела или даже проявляют отчетливую неприязнь к физическим контактам с людьми [13].

Baron-Cohen (1994) предположил, что нарушение способности к построению «триадической репрезентации» связано с повреждением механизма совместно-разделенного внимания, который у обычных детей развивается очень рано. Обычно этот механизм отвечает за построение триадических репрезентаций отношений «я-другой-объект» (обеспечивающих совместное внимание), но у аутичных детей он оказывается поврежденным. В исследованиях О.С. Никольской, Е.Р. Баенской и др. (2014) указывается на отсутствие у детей с аутизмом инструментальных жестов, например – «протодекларативного» указательного жеста, выражающего просьбу.

Сравнивая развитие аутичного ребенка с развитием здорового ребенка раннего возраста, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова (1981) отмечали, что здоровый ребенок этого возраста, глядя на человека, обращает внимание главным образом на его глаза (М. Раттер, 1988). Это очень важная, этологически-витально значимая реакция. Почти половина матерей отмечали, что аутичный младенец большей частью не фиксировал взгляд на глазах взрослого, а смотрел мимо, вверх, «сквозь». Первая улыбка у аутичных детей как будто бы появлялась вовремя, но не была направлена на человека [7].

Исследования Langdell (1978) показали, что аутичные дети используют необычные ориентиры в распознавании фотографий лиц других детей. Если для обычного ребенка верхняя часть лица, особенно глаза, более важна для распознавания, то маленькие дети с аутизмом ориентируются на его нижнюю часть [17].

Трудности сосредотачиваться вместе со взрослым на общем занятии также влияют на особенности развития навыков социального взаимодействия аутичного ребенка раннего возраста. Многие исследователи

(Baron–Cohen, 1989; Leekam, et al., 1997; Mundy, Sigman, Kasari, 1994) указывают, что навык «разделенного внимания» при аутизме не формируется. О.С. Никольская указывает, что «отсутствие или недостаточность совместного переживания, разделенного сосредоточения и общих действий препятствует развитию подражания, появлению «социальной ссылки», устойчивой реакции на имя, выполнения простых просьб – всего того, что появляется у обычного ребенка к концу первого, началу второго года жизни» [13]. На основании выше изложенного, можно сделать следующие выводы:

Во-первых, мы выяснили, что к концу периода раннего детства (к 2,5–3 годам) отчетливо проявляются сложности социального взаимодействия аутичного ребенка с окружающими людьми. В это время обостряются многочисленные проблемы поведения, усиливаются страхи и сопротивление всему новому. Усиливается искажение психического развития, преимущественно социальной и эмоционально-волевой сферы. Всё это затрудняет процесс обучения аутичного ребенка и его социальную адаптацию. Одной из причин этого обострения к концу раннего возраста является нарушение в развитии навыков социального взаимодействия.

Во-вторых, мы рассматриваем социальное взаимодействие как специфический вид деятельности (в том числе – детей раннего возраста), которое представлено совокупностью функциональных компонентов, которая реализуется благодаря действию различных механизмов:

- социально-ориентировочному компоненту социального взаимодействия можно отнести навыки социальной перцепции (восприятие другого человека как социально значимого существа), навык социального проектирования (предвосхищение процесса и результата взаимодействия), навык проявления социальных эмоций (привязанность и выделение «своих» и «чужих»).

- исполнительскому компоненту социального взаимодействия можно отнести рефлексорную регуляцию (навык совместно-разделенного внимания, навык использования жестов и других способов

невербальной коммуникации), нормативную регуляцию (навык подражания), социальный опыт (навык следования социально одобряемым нормам поведения), эмоциональную идентификацию (проявление сопереживания, сострадания, соучастия по отношению к другим людям).

- результативному компоненту социального взаимодействия можно отнести способность к социальной рефлексии (навык оценки собственных реакций и способов взаимодействия) и социальному контролю (навык оценки негативных или позитивных последствий возможного дальнейшего взаимодействия).

В-третьих, индивидуальный подход к оказанию коррекционной помощи детям с аутизмом предполагает проведение диагностики особенностей развития навыков социального взаимодействия. Такая диагностика позволяет выявить наиболее существенные трудности развития и социальной адаптации ребенка, следить за динамикой его развития, давать наиболее вероятный ближайший прогноз и позволяет строить тактику коррекционных занятий.

Литература

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – М.: АСТ, 1990. – 242 с.
2. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Ф. Аппе. – М.: Теревинф, 2006. – 216 с.
3. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е.Р. Баенская. – М.: Тервинф, 2007. – 112 с.
4. Вебер М. Исследования по методологии наук / М. Вебер. – М.: ИНИОН, 1980. – 376 с.
5. Зауш-Годрон Ш. Социальное развитие ребенка / Ш. Зауш-Годрон, Т. Смолянская, Е. Строганова. – СПб.: Питер, 2004. – 123 с.
6. Кислякова Ю.Н. Воспитание и обучение детей с тяжелыми нарушениями речи / Ю.Н. Кислякова, Л.Н. Мороз. – Минск: НИО, 2007. – 218 с.

7. Косоногов В. Зеркальные нейроны: краткий научный обзор / В. Косоногов. – Ростов-н/Д.: Антей, 2009. – 24 с.
8. Крайг Г. Психология развития: учеб. пособие / Г. Крайг, Д. Бокум. – СПб.: Питер, 2008. – 940 с.
9. Лебединская К.С. Диагностика раннего детского аутизма: учеб. издание / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.
10. Леонтьев А.А. Психология общения: учеб. пособие для студ. вузов / А.А. Леонтьев. – М.: АСТ, 2004. – 286 с.
11. Мид Дж.Г. Избранное: сб. переводов / Дж.Г. Мид. – М.: ЭКСМО, 2009. – 290 с.
12. Алексеевич А.Б. Нарушения восприятия себя как основная причина формирования искаженного психического развития особых детей / А.Б. Алексеевич, Е.В. Максимова, Н.Е. Семенова. – М.: Диалог-МИФИ, 2011. – 64 с.
13. Никольская О.С. Особенности психического развития детей с аутизмом / О.С. Никольская, М.Ю. Веденина. – URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/osobennosti-psihicheskogo-razvitiya-detej-s-146> (дата обращения: 17.02.15).
14. Ньюкиктьен Ч. Детская поведенческая неврология / Ч. Ньюкиктьен. – М.: Теревинф, 2009. – 336 с.
15. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: учеб. пособие для студ. вузов / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2004. – 713 с.
16. Хоманс Дж. Социальное поведение как обмен / Дж. Хоманс. – М.: АСТ, 1984. – С. 82–91.
17. Bildt A., Serra M., Luteijn E., Kraijer D., Sytema S., Minderaa R. Social skills in children with intelBildt A., Serra M., Luteijn E., Kraijer D., Sytema S., Minderaa R. Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism. Journal of Intellectual Disability Research, 2015. № 49(5). P. 317–328.
18. Hobson R.P. What puts the jointness into joint attention? In: N. Eilan, C. Hoerl, T. McCormack, J. Roessler (Eds., Joint attention: Communication and other minds. Oxford, UK: OxfordUniversitypress, 2005. P. 185–204.

Ковалевская Н.А. Развитие социальных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра в процессе взаимодействия со сверстниками (педагогика, психология и образование: от теории к практике / Н.А. Ковалевская // Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – № 2. – 2015. – 128 с.

Аннотация. В статье представлен обзор отечественной и зарубежной литературы, освещающий специфику развития социальных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра. Обсуждаются психологические проблемы социального взаимодействия детей с РАС, особенности их общения и коммуникаций; факторы, определяющие качество взаимодействия. Выделены основные причины низкого уровня сформированности социальных взаимодействий: активное избегание социальных контактов, трудности в восприятии значимых социальных сигналов и знаково-символических средств, неблагоприятная ситуация развития и др.

Ключевые слова: дети с особенностями развития, расстройства аутистического спектра; взаимодействие, социальные навыки.

В последние годы неуклонно растет число детей с диагнозом расстройства аутистического спектра (РАС). В связи с данной социальной ситуацией существенно вырос интерес исследователей к проблеме развития навыков социального взаимодействия у детей с особенностями развития.

Задачи интеграции в общество детей с ограниченными возможностями здоровья актуализируют проблему их полноценной социализации. Неспособность устанавливать нормальные социальные отношения – одно из наиболее серьезных нарушений, свойственных аутизму. Для детей, страдающих аутистическими расстройствами, типичны отклоняющиеся от нормальных или слабые проявления социального взаимодействия, а именно: неумение играть со сверстниками, активное избегание социальных контактов, а также невозможность инициировать и поддерживать

взаимодействие. Для детей с РАС опыт общения со сверстниками значит не много. Они редко сами начинают взаимодействие и сводят на нет инициацию со стороны других детей, из-за того, что практически не реагируют на попытки общения с ними. Поскольку дети с РАС не в состоянии воспринимать значимые социальные сигналы, вероятность того, что они лучше начнут взаимодействовать с другими, если будут находиться в среде типично развивающихся сверстников, невелика. Следовательно, простое помещение аутичных детей в общество социально активных сверстников не обеспечивает их взаимодействия друг с другом [5].

В связи с этим возрастает роль специальных технологий и программ, позволяющих приобрести этим детям социальные навыки взаимодействия и стать полноправными участниками социального мира и пространства.

Проблеме становления различных форм социального взаимодействия у детей с нормативным и нарушенным развитием посвящено значительное количество отечественных и зарубежных исследований в области социальной, клинической и специальной психологии и педагогики.

Тео Питерс определяет социальное взаимодействие как "абстрактные символы в постоянном движении". Аутичному ребенку окружающая действительность представляется чем-то запутанным, массой взаимодействующих событий, однако он не видит ни границ, ни порядка, ни смысла. Автор отмечает, что такой ребенок оказывается социально слепым, ему трудно понимать эмоции, намерения, мысли [8].

Большинство исследователей (О.С. Аршатская, А.В. Аршатский, Е.Р. Баенская, М. Ю. Веденина, В.Е. Коган, И.А. Костин, К.С. Лебединская, В.В. Лебединский, М.М. Либлинг, О.С. Никольская) отмечают, что овладению навыками социального взаимодействия препятствуют особенности, характерные для детей с РАС, а именно: различные страхи, особые нарушения речи, проявление стереотипии в поведении, нарушение коммуникации в целом. Причем наиболее трудна для таких детей организация необязательных контактов со сверстника-

ми. Даже умея говорить и многое понимать, такой ребенок не стремится использовать свои возможности в реальной жизни, во взаимодействии с другими детьми [7]. Также, отмечается, что детям с РАС очень трудно понимать других людей, воспринимать от них информацию, их намерения, чувства, трудно вступать во взаимодействие с ними.

М. Селигман и Р.В. Дарлинг обращают внимание на тот факт, что аутичный ребенок существует в реактивной системе, воздействует на нее сам и подвергается ее воздействию, и, этот процесс играет существенную роль во включении ребенка в жизнь общества [9] .

В книге О.С. Никольской, Е.Р. Баенской и М.М. Либлинга «Аутичный ребенок. Пути помощи» отмечается, что у детей с РАС страдает развитие механизмов, определяющих активное взаимодействие с миром, и одновременно форсируется патологическое развитие механизмов защиты [6, с.28]. Авторы подчеркивают, что у ребенка с РАС вместо положительной избирательности жизненных привычек, формируется и фиксируется отрицательная избирательность, т.е. в центре его внимания оказывается не то, что он любит, а то, чего не любит, боится, не принимает. Вместо развития эмоциональных контактов с окружающими сверстниками, у него выстраивается система защиты от активного вмешательства в его жизнь. Он устанавливает максимальную дистанцию в контактах с ними, стремится удержать отношения в рамках стереотипов [6, с.29] .

Также, следует отметить, что, несмотря на общность нарушений в психической сфере, дети с РАС значительно различаются по глубине дезадаптации и прогнозам возможного развития. В раннем возрасте у аутичных детей нарушения развития присутствуют в неравной степени, и, соответственно, перед ними встают разные проблемы. Таким образом, авторы различают четыре группы детей с совершенно разными типами поведения. Эти группы представляют собой также и разные ступени в развитии взаимодействия со средой и людьми [6, с.37].

Существует также классификация таких детей по характеру социальной дезадаптации. Английские исследователи Л. Винг и Дж. Гоулд

разделили аутичных детей по их возможности вступления в социальный контакт [8]. Предложенная классификация связывает характер социальной дезадаптации ребенка с прогнозом его дальнейшего социального развития, но при этом, за основу берутся производные проявления нарушения.

Тони Чермен и Венди Стоун подчеркивают, что основные достижения в изучении развития детей с РАС касаются именно понимания их социальных и коммуникативных различий, особенностей и механизмов их нарушений [12]. Поэтому, в диагностических критериях расстройств аутистического спектра наибольшее значение отводится именно проблеме индивидуальных различий в развитии детей с РАС.

Как российскими, так и зарубежными авторами выделены общие особенности, характеризующие коммуникативное поведение и развитие детей с расстройствами аутистического спектра. Основным паттерном взаимодействия со сверстниками является манипуляция, когда обращение аутичного ребенка к другому ребенку мотивируется только потребностью удовлетворения собственных нужд, при этом, желания партнера по взаимодействию полностью игнорируются. В качестве главного средства коммуникации, используются, в основном, жесты или действия (ребенок тянет другого за одежду или пытается вести за собой). Специалисты указывают на сложности в использовании большинства традиционных жестов: кивков, указаний, помахиваний. Как правило, жесты используются очень ограниченно, либо совсем отсутствуют. Вместо этого могут быть взмахи рук или застывания в определенных странных позах.

Важно отметить, что вместо общих средств коммуникации у детей с РАС наблюдаются неадекватные формы поведения: гнев, крики, истерика, ребенок может царапать и кусать себя. У аутичных детей слабо выражена социальная направленность поведения, восприимчивость к социальным аспектам поведения других людей. Они не воспринимают окружающих как социальных партнеров [11].

У аутистов может полностью отсутствовать речь; у них могут быть только эхолалии или беглая речь, которой они пользуются особым обра-

зом [1]. Звуки могут носить скорее неречевой характер: бормотание, свист, скрип, щебет, звуковысотное интонирование.

Иногда у детей с РАС, сохраняется мотивация к совместным игровым действиям, но взаимодействие оказывается затруднено из-за несформированности у них способов социальной игры. В результате, вместо игрового взаимодействия они демонстрируют дезадаптивное неигровое поведение [10]. В специфической игре детей с аутизмом отмечается отсутствие социально-коммуникативной направленности [2].

Неспособность к социальному взаимодействию у детей с РАС может быть связана с нарушением развития знаково-символической функции сознания [3]. С. Барон-Коэн подчеркивает качественную специфику, своеобразное искажение генеза знаково-символической функции у аутичных детей. Автор полагает, что дети с РАС способны к пониманию символов, но неспособны наделять их дополнительным смыслом. Данное нарушение приводит не только к недоразвитию всех символически моделирующих видов деятельности, но и к грубому нарушению коммуникативного поведения и социального взаимодействия в целом [11].

Обзор литературных источников показал, что проблема социального взаимодействия детей с РАС в современном обществе является одной из актуальных проблем социальной, возрастной, клинической и специальной психологии и педагогики. Социальная значимость проблемы формирования навыков социального взаимодействия у аутичных детей требует совершенствования и проведения целенаправленных исследований в данном направлении.

Литература

1. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / Ф. Аппе. Москва: Теревинф, 2006. – 216 с.
2. Башина В.М. Аутизм в детстве / В.М. Башина. – М.: Медицина, 1999. – 240 с.
3. Гаврилушкина О.П. Проблемы социальной и коммуникативной компетентности дошкольников и младших школьников с трудностями в общении / О.П. Гаврилушкина, А.А. Малова, М.В. Панкратова // Современная зарубежная психология. – 2012. № 2. С. 5–16.

4. Керре Н.О. Особенности социального окружения детей с аутизмом//Аутизм и нарушения развития / Н.О. Керре. – 2010. № 4. С. 13–20.
5. Манелис Н.Г. Использование методов поведенческого анализа для формирования социальных навыков / Н.Г. Манелис //Аутизм и нарушения развития. – 2008. – № 3. – С. 49–55.
6. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2007. – 288с.
7. Никольская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, И.А. Костин, М.Ю. Веденина, А.В. Аршатский, О.С. Аршатская. – М.: Теревинф, 2008. – 224 с.
8. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Т. Питерс. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. – 192 с.
9. Селигман. М. Обычные семьи, особые дети / М. Селигман. – М.: Теревинф, 2007.
10. Хаустов А.В. Организация коррекционной работы по формированию навыков социальной игры у детей с расстройствами аутистического спектра / А.В. Хаустов // Аутизм и нарушения развития. – 2012. – № 1. – С. 1–16.
11. Baron-Cohen S. 1993. Autism; the facts. Oxford; Oxford University Press.
12. Social and Communication Development in Autism Spectrum Disorders: Early Identification, Diagnosis, and Intervetion / Edited by Tony Charman, Wendy Stone. – NewYork: GuilfordPress. – 2006. – 348 p.

Степанова Н.А. Формирование навыков социально-бытовой ориентации у детей с РАС в условиях семьи / Н.А. Степанова, А.А. Голикова // Символ науки. – № 4–2 (16). – 2016. – С. 190–192.

Аннотация. В статье рассматривается отечественный и зарубежный опыт по проблеме разработки и внедрения коррекционных подходов и программ, направленных на развитие социально-бытовых навыков у детей с РАС. Определены условия, при которых процессе сопровождения ребёнка аутиста принесёт положительные результаты.

Ключевые слова: дети с расстройствами аутистического спектра, социально-бытовые навыки, сопровождение ребёнка аутиста родителями.

За последние годы специалисты, работающие в области коррекционной педагогики и психопатологии детского возраста, отмечают рост числа случаев сложных нарушений развития. В частности, по данным мировой статистики, 45 случаев на 10000 детского населения приходится на расстройства аутистического спектра (РАС). Общество постепенно начинает признавать необходимость обучения и социальной адаптации детей с РАС. Это заставляет специалистов все более задумываться о том, как строить систему работы с детьми данной категории.

Изучением особенностей развития детей с РАС занимались многие отечественные (Е.Р. Баенская, В.М. Башина, М.Ю. Веденина, В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, М.М. Либлинг, О.С. Никольская) и зарубежные (М. Rutter, Е. Shopler, G.B. Mesibov, Anne M. Donnellan, L. Wing; M.E. Van Bourgondien, Welch M.) исследователи. Существует достаточно много различных взглядов на проблему коррекционной работы с такими детьми. Однако все авторы сходятся во мнении, что работа с аутичным ребенком должна осуществляться комплексно и непрерывно. Такой вид работы возможен только внутри семьи, т.к. никто лучше родителя не может знать особенности своего ребенка.

Исследования отечественных (О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, И.Б. Карвасарская, Е.М. Мастюкова, М.Ю. Веденина) и зарубежных

(Jonathan A. Weiss, A. Wingsongi, Y. Lunskey) ученых показали, что родители, воспитывающие детей с РАС, в большинстве случаев находятся в стрессовых состояниях, связанных со специфическим поведением ребенка. В первые годы жизни может автоматически произойти деструктивная перестройка семейной системы, которая проявляется в сокращении контактов с окружающим миром и ухудшении эмоционального фона. В семье появляется стереотип созависимости, вызывающий резкие травмирующие изменения, затрудняющие для аутичного ребенка процесс адаптации [3].

У детей с расстройствами аутистического спектра даже самые элементарные навыки повседневной жизни складываются достаточно поздно и с огромным трудом. При этом существенно затруднен перенос приобретенных ими умений в другие условия. По мере взросления аутистические черты могут сглаживаться, однако при этом становится все более очевидной непригодность ребенка к повседневной жизни [4]. М.Ю. Веденина в своих исследованиях отмечает, что зачастую родителям аутичного ребенка легче осуществлять уход за ним, чем брать на себя тяжелый труд по выработке у него самостоятельных навыков бытовой адаптации. В данном случае возникают стереотипы гиперопеки, препятствующие социальному развитию ребенка [2].

Многие отечественные и зарубежные исследователи проблем воспитания и обучения детей с РАС занимались разработкой коррекционных программ и подходов, направленных на развитие социально-бытовых навыков. Рассмотрим некоторые из них. Подход Е. В. Моржиной (РБОО ЦЛП, г. Москва) основан на системе пошагового обучения, разработанной американскими психологами (Б.Л. Бейкер, А.Дж. Брайтман). Преимущество пошаговой системы состоит в том, что она позволяет быстро и эффективно обучить ребенка с особенностями развития определенному навыку «именно в том возрасте и в том объеме, в котором этот навык формируется в случае обычного развития» [1].

Отечественные специалисты (О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и М.М. Либлинг) придерживаются мнения, что для успешного овладения бытовыми навыками и их самостоятельного использования необходимо организовать значимую повседневную ситуацию с опорой на привычные и любимые ребенком дела [6]. М.Ю. Ведениной предлагаются условия применения приемов поведенческой терапии в контексте отечественного подхода к психологической коррекции детского аутизма. Среди этих условий выделяются: установление и последующие развитие эмоционального контакта; предпочтение обходных путей разрешения страхов вместо попыток их прямой десенсибилизации; развитие смыслового контекста обучения и воспитания аутичного ребенка [2].

С.С. Морозова, О.Н. Окунева при обучении детей с расстройствами аутистического спектра социально-бытовым навыком рекомендуют учитывать организацию пространства, времени и планирование последовательности действий [5]. Таким образом, анализируя приведенные выше подходы к развитию навыков социально-бытовой ориентации у детей с РАС, мы видим, что главным условием успешного обучения является четкое структурирование среды, в которой находится ребенок, деление каждого навыка на отдельные шаги, планирование последовательности действий, многократное повторение и закрепление пройденных навыков и зрительная пространственно-временная организация.

Наиболее полное создание данных условий для успешного формирования навыков социально-бытовой ориентации возможно только внутри семьи. Мы предполагаем, что взаимодействие психолога с родителями в процессе сопровождения ребёнка аутиста принесёт положительные результаты при соблюдении следующих условий: информирование родителей об особенностях детей с РАС; повышение психологической компетентности родителей; обучение родителей приёмам эффективного взаимодействия с ребёнком в рамках занятий в детско-родительской группе. Критериями готовности к осуществлению психологического сопровождения явились: определение психологического

типа родителя; стиль поведения родителя, по отношению к ребёнку; родительское отношение к ребёнку [7].

Поэтому целесообразно создание комплекса психологической поддержки и обучения родителей, воспитывающих аутичных детей. Психологическое сопровождение ребенка включает в себя и изучение содержания контактов родителей с детьми.

Литература

1. Бейкер Б. Путь к независимости: обучение детей с аутизмом бытовым навыкам / Б. Бейкер, А. Брайтман. – М.: Теревинф, 2008. – 224 с.
2. Веденина М.Ю. Адаптация методов поведенческой терапии для формирования социально-бытовых навыков у детей с аутизмом: дис. ...канд. психол. наук / М.Ю. Веденина. – М., 2000. – 176 с.
3. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми / И.Б. Карвасарская. – М.: Теревинф, 2003. – 70 с.
4. Мастюкова Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина. – М.: Владос, 2003. – 408 с.
5. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С.С. Морозова. – М.: Владос, 2007. – 176 с.
6. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская. – М.: Теревинф, 2012. – 288 с.
7. Степанова Н.А. Проблемы подготовки родителей к психологическому сопровождению детей-аутистов / Н.А. Степанова // Расстройства аутистического спектра и другие психические нарушения детского возраста. Современные подходы и перспективы межведомственного взаимодействия. – Тула: БорусПринт, 2015. – С. 58–59.

Крушная Н.А. Особенности работы психолога по развитию социального взаимодействия в семьях, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра / Н.А. Крушная, М.В. Пинкус // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2016. – № 7. – С.144–151.

Аннотация. В статье рассматривается актуальная проблема подходов и особенностей работы психолога с семьями, воспитывающими детей с расстройствами аутистического спектра, с целью развития социального взаимодействия как между родителями и детьми, так и между семьей и обществом.

Ключевые слова: работа психолога, дети с расстройствами аутистического спектра, семьи, воспитывающие детей с расстройствами аутистического спектра, социальное взаимодействие.

За последние десять лет отношение к причинам аутизма, методам диагностики, лечения и способам психологической помощи было значительно изменено. Это проявилось в отказе от исключительно психиатрических медикаментозных методов лечения и мнения о том, что причина аутизма – родители, а также в методах обучения и воспитания.

В настоящее время аутизм рассматривается как расстройство с генетическим компонентом, обусловленное нарушением развития мозга. Термин «аутизм» объединяет группу неоднородных по своему происхождению расстройств, связанных с генетическими аномалиями, нарушениями работы ЦНС, а также с патологией внутриутробного развития, которые вызывают нарушения раннего эмоционального и социального развития, коммуникации, перцепции и поведения.

Термин «расстройства аутистического спектра» (РАС) сравнительно недавно стал использоваться в отечественной специальной психолого-педагогической литературе. Международная классификация болезней (МКБ-10) определяет «расстройства аутистического спектра» как «спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии,

коммуникациях, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов». Многие исследователи пишут об увеличении количества детей с аутизмом. По данным ВОЗ, количество детей с диагнозом аутизм растет на 13% в год.

Статистические данные распространенности аутизма в большей мере представлены в США: 1 из 45 детей имеет аутизм, журнал американской медицинской ассоциации в 2001 опубликовал результаты исследования распространенности аутизма у детей в возрасте 2.5–6.5 лет американских ученых Чакробати и Фомбонна (Chakrabati и Fombonne, 2001), которые свидетельствуют о 62.6 случаях расстройств аутистического спектра на каждые 10000 детей. В Южной Корее – 1 из 38, в Израиле аутизм имеет каждый 200-й ребенок, в Польше 1 из 1 000, в Швеции – 1 из 500. Институт национального здоровья Шотландии в 2001 году также оценил распространенность аутизма у детей приблизительно как 60 случаев на 10000 (PHIS, 2001). В своей работе 2008 года «История вакцинации в свете эпидемии аутизма» американский педиатр С.Ф. Кейв утверждает, что за последние 40 лет количество детей с расстройствами аутистического спектра увеличилось в 150 раз. За последние пять лет зарегистрированных случаев аутизма стало на 78 % больше, по данным директора фонда «Наш солнечный мир» Игоря Шпицберга.

Данные по детям с аутизмом в России еще мало представлены, но с 2015 года учет лиц, имеющих РАС, начал осуществляться на государственном уровне. Все это свидетельствует о том, что достаточно большое количество людей вовлечено во взаимодействие с аутичными детьми и взрослыми. Кроме того, расстройства аутистического спектра (ASD) относятся к неизлечимым пожизненным заболеваниям, т.е. большинство семей должно заботиться о своем ребенке до конца жизни.

Помимо отношения к определению и причинам аутизма, претерпел изменение и Закон об образовании Российской Федерации, по которому «в целях обеспечения реализации права на образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются федеральные государственные образовательные стандарты образования

указанных лиц». (Ст. 11, ч. 6 Федерального закона Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»). Сейчас появился Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра, позволяющий включить детей с аутизмом в общую систему образования, инклюзивное образование.

Инклюзивное образование предполагает включение детей с аутизмом в общеобразовательный процесс на равных условиях с другими детьми и создание адаптивной и развивающей среды для всех детей. Эти изменения повлекли за собой активное обращение родителей детей с аутизмом за психологической помощью в специализированные центры, поскольку возникла необходимость профессионального сопровождения инклюзивного процесса обучения.

В поддержку инклюзивного образования детей с аутизмом говорят данные американского Центра по контролю и профилактике заболеваний: не менее 90 % детей с РАС ходят в детские сады и школы наравне с остальными сверстниками. В Польше нет отдельных классов для детей с аутизмом. В Израиле более 60 % детей с аутизмом оказываются социально адаптированными. Если же дети с аутизмом прошли курс интенсивного лечения в раннем возрасте, 74,7 % таких детей обычно принимаются в обычные детские сады и школы. В связи с произошедшими изменениями деятельность психолога, традиционно включающая в себя следующие виды работы: диагностика, консультирование, коррекция, сопровождение, нуждается в обновлении. Психологи столкнулись с потребностью в новых формах, диагностических инструментах, методиках и моделях работы с семьями, воспитывающими детей с РАС, с целью социализации, и ее частного раздела: социальное взаимодействие; сопровождение инклюзивного образования; консультирование самих родителей, имеющих определенные трудности общения, развития и воспитания детей с аутизмом; работа с сиблингами (братьями и сестрами); коррекционная работа с детьми. Нарушения в сфере социального взаимодействия являются отличительной чертой людей с РАС. Согласно

Дж. Миду, становление человеческого «я» происходит в ситуации взаимодействия и общения, а интериоризация диалога составляет источник мыслительной активности. Потребность в социальных контактах является одной из ведущих у человека.

В психологической литературе понятия «социальное развитие» и «социальное взаимодействие» часто употребляются как тождественные. Проанализировав литературу по теме исследования, мы рассматриваем социальное взаимодействие как специфический вид деятельности (в том числе детей раннего возраста), которое представлено совокупностью следующих функциональных компонентов: социально-ориентировочный, исполнительский и результативный компоненты социального взаимодействия [7].

К социально-ориентировочному компоненту социального взаимодействия можно отнести навыки социальной перцепции (восприятие другого человека как социально значимого существа), навык социального проектирования (предвосхищение процесса и результата взаимодействия), навык проявления социальных эмоций (поведение привязанности и выделение «своих» и «чужих»). К исполнительскому компоненту социального взаимодействия можно отнести рефлексорную регуляцию (навык совместноразделенного внимания, навык использования жестов и других способов невербальной коммуникации), нормативную регуляцию (навык подражания), социальный опыт (навык следования социально одобряемым нормам поведения), эмоциональную идентификацию (навык проявления сопереживания, сострадания, соучастия по отношению к другим людям). К результативному компоненту социального взаимодействия можно отнести способность к социальной рефлексии (навык оценки собственных реакций и способов взаимодействия) и социальному контролю (навык оценки негативных или позитивных последствий возможного дальнейшего взаимодействия).

По мнению таких исследователей, как Каган, 1981; С. Park, 1982; О.С. Никольская, 1985; D. Houzel, 1987; D. Sanvage, L. Hamerury, 1987 и др., у детей с РАС уже к концу периода раннего детства отчетливо про-

являются сложности социального взаимодействия с окружающими людьми. В это время обостряются многочисленные проблемы поведения, усиливаются страхи и сопротивление всему новому. Глубина социальных нарушений у людей с РАС больше влияет на успешность их социальной адаптации, чем на нарушение познавательных или речевых способностей (Carter, Davis, Klin, & Volkmar, 2005). Трудности развития навыков социального взаимодействия будут сохраняться у детей с аутизмом по мере их взросления. С возрастом эти трудности могут усиливаться, так как социальные отношения становятся более сложными и разнообразными, а аутичный ребенок имеет недостаточно навыков социального взаимодействия с окружающими людьми (Schopler & Mesibov, 1983; Tantam, 2003) [9].

Социальные нарушения у детей с РАС разнообразны и включают трудности понимания социальных сигналов, нарушение подражательной деятельности в раннем детстве. Социальное взаимодействие также часто нарушается из-за нарушения вербального и невербального общения, несостоятельности в диалоге, трудности понимания скрытого и переносного смысла, проявляющихся в виде сарказма и речевых метафор (Krasny, Williams, Provencal, & Ozonoff, 2003; Kerbel & Grunwell, 1998; Баенская Е.Р., 2001; Shaked & Yirmiya, 2003; Tager Flusberg, 2003). В исследованиях N. Baumingер (2003) говорится о том, что дети с РАС часто испытывают недостаток социального взаимодействия со сверстниками, чувствуют себя одинокими и отвергнутыми. В связи с вышесказанным следует отметить важную особенность работы психолога с семьями, воспитывающими детей с РАС, которая включает в себя два основных направления:

- Работа с родителями;
- Работа с детьми.

Отношения внутри семьи в результате рождения ребенка с особыми возможностями здоровья (в частности с РАС) значительно изменяются, это отмечают многие исследователи: Ф.Р. Волкмар, Л.А. Вайзнер, Л. Каннер, О.С. Никольская, Л.С. Печникова, Л.М. Феррои и Т.Д. Панюшина, Э. Шоплер, Л.М. Шипицина, Э.Г. Эдеймиллер). Изве-

стие о наличии у ребенка РАС воспринимается родителями (И.И. Мамайчук, 2007) как потеря, крушение надежд на счастливое будущее и часто сопровождается включением неконструктивных форм психологической защиты (отрицание диагноза, отказ от помощи), обострением чувства вины, жалости, гнева. В дальнейшем часто следует изоляция семьи долгий промежуток времени, и встречаются специалисты с такой семьей часто только к моменту поступления ребенка в школу.

Родители, воспитывающие ребенка с расстройством аутистического спектра, ежедневно сталкиваются с решением многочисленных проблем. Это и проблемы, связанные с принятием диагноза своего ребенка, трудности лечения и организации коррекционной помощи; стресс, связанный с реакцией социального окружения на особенности поведения их малыша; проблемы, которые возникают между супругами; депрессия мамы и ощущение полной беспомощности у папы. Все эти и многие другие трудности влияют на нарушение социально-психологической адаптации семьи. Немецкий психолог М.П. Краузе рассматривает нарушение в развитии ребенка как «критическое событие, травму, которое наносит удар по самооценке индивида». Это критическое событие переживается либо остро, либо с постепенно накапливающимся напряжением.

Психические реакции родителей М.П. Краузе в соответствии с МКБ-10 оценивает как F 43.0 – острая реакция на шок, F43.1 – посттравматический кризис, F43.2 – проблемы адаптации. «В травмирующей кризисной ситуации наружу выплескивается масса разнообразных аффектов или проявляются самые разнообразные соматические реакции». Дети с РАС достаточно чувствительны к состоянию и отношениям родителей и при этом изолированы, замкнуты, неконтактны [2].

Такие особенности детей и отсутствие от них обратной связи в коммуникации вызывают у родителей ряд искаженных и противоречивых представлений о детях. В этой ситуации родителям самим необходима профессиональная эмоциональная поддержка, психолого-педагогическая информация и помощь.

По данным Т.В. Кондратьевой, психолога Самарской общественной организации помощи детям с аутизмом и их семьям «Остров надежды», семьи с ребенком с РАС имеют жесткие, ригидные внешние и проницаемые внутренние границы. Это происходит в связи с потребностью аутичных детей устанавливать симбиотические отношения с кем-то из родителей, что влечет за собой ригидность внешних границ семьи. В обычных семьях это происходит первые два года от рождения ребенка и вызвано необходимостью заботы и ухода. Еще одна трудность семей с детьми с РАС, по мнению Т.В. Кондратьевой – это изменение системы семейных правил жизнедеятельности. Все это приводит к снижению или нарушению функциональности семьи (в дисфункциональной семье действие закона гомеостаза сильнее, чем действие закона развития).

В работе с родителями, имеющими трудности в воспитании, взаимоотношениях с детьми или с супругами, испытывающими кризисные состояния (связанные со здоровьем, психофизическим состоянием) или кризисный период, хорошо зарекомендовала себя системная семейная психотерапия, интегративная психология, телесно-ориентированная, психосоматическая, поведенческая терапия, семейные расстановки. Миланским Институтом Семейной терапии были предложены принципы работы с такими семьями (присоединение к закону гомеостаза семьи с помощью позитивной коннотации и предписания поведенческого ритуала, поскольку ритуал, выработанный для поддержания гомеостаза, не укрепляет гомеостаз, если он предписан извне). Формы работы с родителями, показавшими наибольшую продуктивность, можно назвать обучающие семинары, тренинги и консультации. При этом работа с родителями может проходить в индивидуальной и групповой форме и содержать информацию об особенностях РАС, способах и приемах взаимодействия с детьми, навыках саморегуляции и осознанности [4; 5; 6].

Ф.Р. Волкмар и Л.А. Выйзнер отмечают, что родителям следует искать любой помощи и поддержки, в частности особые группы поддержки родителей, контакты с другими семьями, помощь дедушек и ба-

бушек, братьев и/или сестер ребенка с РАС, поскольку у них может быть иное представление о трудностях и способах их преодоления [1]. В настоящее время ВОЗ совместно с “AutismSpeaks” (американская организация, занимающаяся вопросами аутизма) разработала программу «Тренинг родительских навыков» (Parents Skills Training, PST) при партнерском участии фондов «Выход» и «Обнаженные сердца» для родителей, воспитывающих детей с РАС и другими особыми возможностями здоровья. Данная программа нацелена на улучшение коммуникации, на понимание потребностей ребенка и развитие психического равновесия у родителей. В программе предусмотрено 8 групповых и 3 индивидуальных занятия по 2 часа, основанных на прикладном анализе поведения. Родители обучаются расшифровывать и понимать поведение ребенка с РАС. В центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Тверской» города Москвы предлагаются следующие формы работы с родителями:

- информирование родителей в отношении особенностей развития аутичного ребенка и ухода за ним;
- формирование понимания проблем ребенка в интеллектуальном и речевом развитии;
- обучение методам воспитания с учетом индивидуальных особенностей ребенка;
- обучение специальным навыкам и приемам взаимодействия;
- индивидуальное консультирование родителей;
- проведение бесед, лекций, семинаров для родителей по общим проблемам развития ребенка;
- проведение совместных, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий с родителями и ребенком;
- совместный с родителями анализ результатов психокоррекционной работы.

В.В. Козлов в статье «Психо-социальная работа с семьей» отмечает, что в работе с родителями больных детей существуют следующие формы: рациональная психотерапия; психотерапевтическая помощь ро-

дителям детей инвалидов; группы повышения родительской эффективности для родителей здоровых детей. В работе с родителями тренинги состоят из трех блоков: информационный, коммуникативный, личностный. В информационном блоке родителей знакомят с современными теориями личности, особенностями критических периодов развития ребенка. Родители получают общие представления о психологии развития, представления о психосоматических взаимоотношениях.

В коммуникативном родители получают навыки общения, через осознание своих привычных способов коммуникаций. В личностном блоке проводится работа с личностными проблемами родителей: страхами, повышенной тревожностью, чувством одиночества, стыда, вины, раздражительности, хронической усталости, скуки, апатии и т.д. [3].

В работе психологов с родителями важными факторами достижения положительного результата становятся: установление доверительных отношений сотрудничества, выявление целей, ожиданий и представлений самих родителей, повышение их осознанности в отношении волнующих тем. Из нашего опыта работы с такими семьями актуальными вопросами консультаций родителей детей с РАС и наиболее важными фокусами внимания в психотерапии являются:

- психологическая поддержка самих родителей;
- осознание и понимание диагноза ребенка;
- создание у родителей адекватного позитивного образа ребенка;
- повышение компетентности и осведомленности самих родителей;
- формирование объективной реакции на диагноз (шок, посттравматический кризис, проблемы адаптации);
- повышение адаптационных возможностей родителей;
- преодоление созависимости отношений внутри семьи;
- создание эффективной коммуникации и поведения при социальном взаимодействии с ребенком;
- обучение саморегуляции родителей;
- регуляция психоэмоционального состояния;
- решение проблем личной травматизации родителей;

- создание баланса между потребностью в гомеостазе и развитии;
- корректировка когнитивных установок и мировоззрения родителей в отношении внешне- и внутрисемейных отношений;
- изменение поведенческих стереотипов;
- поиск ресурсов;
- развитие социального взаимодействия внутри семьи;
- развитие отношений семьи с социумом;
- обучение коррекционно-развивающим технологиям родителей в воспитании детей с РАС.

Необходимость организации коррекционной работы с аутичными детьми по развитию у них социальных навыков подтверждается многими исследователями (Strain, 1991; Wing, 1981; Strain&Schwartz, 2001; Bellini, Peters, Benner, & Hopf, 2007; Owen-DesSchryver et al., 2008). Традиционные способы освоения социальных навыков через социальное подражание и игру недоступны многим детям с аутизмом. Всё это указывает на то, что необходимо использовать специфические методики, разработанные специально для детей с расстройством аутистического спектра.

Обучение социальным навыкам может быть реализовано в двух направлениях:

1) влияние на социальное или физическое окружение ребенка (обучение сверстников-помощников взаимодействию с ребенком в течение школьного дня (Koegel, Schreibman, Good, Cerniglia, Murphy&Koegel (1989), тренинг осведомленности об аутизме для одноклассников, включение ребенка в разные досуговые группы);

2) работа над поведением самого ребенка (обучения опорным реакциям (PRT), включающее развитие мотивации и способности реагировать на несколько сигналов (Koegel, Koegel, Frea, & Smith, (1995); тренинг взаимной имитации (RIT) по развитию навыков спонтанной имитации в игровой среде; метод социальных историй (К. Грэй, 2000); техника видеомоделинга (Bellini&Akullian, 2007); поведенческие репетиции (Gresham, 2002) [8].

Всё вышеперечисленное подтверждает актуальную необходимость изменений подходов в диагностике и психологической работе с детьми с РАС и их родителями. Работу по реализации данных изменений психологи могут осуществлять посредством системной работы с родителями и детьми с расстройством аутистического спектра.

Таким образом, современными особенностями работы психолога с семьями, воспитывающими детей с РАС, являются формы диагностики, консультирования и коррекции, сочетающие разные подходы (прикладной анализ поведения, системная семейная терапия, рациональная психотерапия, интегративная психология и др.) и сопровождение в инклюзивном образовании. Сочетание методов может способствовать развитию благоприятных условий социального взаимодействия внутри семей и внешнего взаимодействия семьи с социальными институтами (детский сад, школа, медицинские учреждения). Все это позволяет сформировать модель работы психолога с семьями, воспитывающими детей с РАС.

Литература

1. Волкмар Ф.Р. Аутизм: практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей / Фред Р. Волкмар, Лиза А. Вайзнер. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. – 224 с.
2. Высотина, Т.Н. Проблема родительского отношения к детям со сложными нарушениями развития (аутизм с умственной отсталостью) в отечественной и зарубежной литературе / Т.Н. Высотина // Психология, социология и педагогика. – СПб., 2012. – № 12.
3. Козлов, В.В. Психосоциальная работа с семьей / В.В. Козлов // Психотехнологии в социальной работе. – Ярославль: МАПН. ярГУ, 2002. – С. 133–137.
4. Крушная, Н.А. Индивидуальная форма психологической работы с родителями, воспитывающими детей с задержкой психического развития: методические рекомендации для психологов и педагогов дошкольных образовательных учреждений, студентов – специ-

альных психологов, педагогов-психологов / Н.А. Крушная. – Челябинск: Цицеро, 2012. – 23 с.

5. Крушная, Н.А. Организация и содержание групповой работы с родителями, воспитывающими детей с задержкой психического развития: методические рекомендации для психологов и педагогов дошкольных образовательных учреждений, студентов – специальных психологов, педагогов -психологов. / Н.А. Крушная. – Челябинск: Цицеро, 2012. – 36 с.

6. Куташов, В.А. Родительско-детские отношения в семьях детьми с расстройствами аутистического спектра / В.А. Куташов, В.В. Квасова // Молодой ученый. – 2016. – № 3. – С. 279–283.

7. Пинкус, М.В. Развитие навыков социального взаимодействия в раннем детстве у типично развивающихся детей и у детей с расстройствами аутистического спектра / М.В. Пинкус // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – Челябинск, 2015. – № 10. – С. 149–155.

8. Bildt A., Serra M., Luteijn E., Kraijer D., Sytema S., Minderaa R. Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism. Journal of Intellectual Disability Research, 2015. № 49(5). P. 317–328.

9. White, S. W., Keonig, K., Scahill, L. Social skills development in children with autism spectrum disorders: A review of the intervention research. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2007. № 37. P. 1858–1868.

Нестерова, А.А. Модель сопровождения позитивной социализации детей с расстройствами аутистического спектра (РАС): комплексный и междисциплинарный подходы / А.А. Нестерова, Р.М. Айсина, Т.Ф. Сулова // Образование и наука. – 2016. – № 3. – С. 140–155.

***Аннотация.* Цели второй части публикации 2 – проанализировать отечественный опыт сопровождения социального развития детей с аутизмом, представить авторскую комплексную модель сопровождения позитивной социализации детей с РАС и сложными де-**

фактами, доказать необходимость создания научнообоснованной комплексной модели сопровождения детей с РАС.

Методика и методы. В работе использовались методы теоретического анализа и обобщения научно-исследовательских и научно-методических публикаций по проблеме социализации детей с РАС, а также метод моделирования.

Результаты. Проведены анализ, обобщение и систематизация научных подходов к социализации и социальной интеграции детей с аутизмом в России. Определены наиболее эффективные, прошедшие процедуры эмпирической валидации методические приемы и технологии, которые могут быть включены в процесс социально-психологического сопровождения детей с РАС и их семей. Раскрыт региональный опыт РФ в решении вопроса социализации детей с аутизмом, выделены наиболее удачные программы и наработки отечественных специалистов. Разработана и обоснована авторская модель сопровождения позитивной социализации детей с РАС.

Научная новизна. Описанная в статье авторская модель создана с опорой на принципы мультидисциплинарности и междисциплинарности процесса взаимодействия специалистов сопровождения, направленного на решение проблем детей с РАС и их семей в вопросах социализации. В модели учтены базовые условия позитивной социализации личности ребенка с РАС, такие как состояние психического здоровья детей; создание благоприятных условий для протекания процесса их социализации, в частности для формирования базовых социальных навыков; обеспечение тесного взаимодействия детей, психологов, педагогов, родителей, социальных партнеров; организация на основе совокупных показателей мониторинга динамики социальной компетентности и развития детей.

Практическая значимость. Предлагаемая модель может стать основой построения процесса сопровождения детей с РАС в общеобразовательных и коррекционных школах, организациях с инклюзивной практикой, в социально-реабилитационных центрах для несовершенно-

нолетних, в системе повышения квалификации педагогов, врачей, социальных реабилитологов, психологов, специалистов коррекционной педагогики.

Ключевые слова: социализация, модель сопровождения позитивной социализации, аутизм, дети с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Российский опыт социально-психологической помощи детям с РАС и их семьям

В отечественной науке РАС рассматриваются как особый, биологически обусловленный тип психического дизонтогенеза – искаженное психическое развитие [5].

Российские исследователи подчеркивают, что все ключевые нарушения при аутистических расстройствах можно разделить на две группы: одна из них связана с недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной), другая – с дефицитарностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных). Характерными особенностями при аутизме являются асинхрония и изоляция в развитии отдельных функций, что определяет качественные отличия возрастной динамики по сравнению с нормой [2, 5, 9].

На сегодняшний день в России наблюдаются значительные достижения в решении проблем детей с аутизмом и членов их семей. В регионах РФ накоплен ценный опыт создания условий для оказания помощи таким детям и их родителям. На основании анализа 74 сайтов региональных общественных и государственных организаций, образовательных учреждений и центров различной направленности, а также публикаций в научных изданиях были определены следующие необходимые условия:

- создание единого комплексного интегративного реабилитационного пространства, развитие системы помощи аутичным детям;
- формирование экспертно-информационного и практического ресурсов для консолидации усилий, обмена и распространения успешного опыта профессионалов и родителей детей с РАС;

- защита прав и интересов детей с РАС и их семей;
- отработка механизма межведомственного взаимодействия по оказанию ранней помощи, создание программ и моделей межведомственного взаимодействия;
- консолидация усилий специалистов, родителей и общественных организаций для решения вопросов доступности образования, равных прав детей с РАС на образование и социальную помощь;
- разработка моделей инклюзивного образования и внедрение их в образовательное пространство общеобразовательных школ, дошкольных и внешкольных образовательных организаций;
- внедрение комплексной многоуровневой реабилитации, социализации и помощи в решении различного рода проблем детей аутистов, их родителей и опекунов;
- поддержание проектов по разработке диагностических и помогающих (коррекционных, реабилитационных, образовательных и т. д.) технологий;
- подготовка кадров для работы с детьми аутистами и команд для помощи родителям детей с РАС в их воспитании и обучении.

Анализ электронных источников и печатных изданий показал, что в учреждениях и организациях при решении проблем аутизма используются различные модели помощи: медицинская, модель раннего вмешательства (функциональная реабилитация), психолого-педагогическая и медико-социальная модели реабилитации и коррекции, инклюзивная модель.

В последнее десятилетие идет активное внедрение модели комплексной многоуровневой реабилитации, социализации и помощи в решении различного рода проблем детей аутистов, их родителей и опекунов. Отличительной особенностью данной модели является межведомственное взаимодействие медицины, психологии, педагогики и социальной сферы в работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра. В качестве перспективной отмечается и мультидисциплинарная модель взаимодействия специалистов различной профессиональной

направленности, а также специалистов государственных и общественных организаций и учреждений с их правовыми, экономическими и поддерживающими возможностями и технологиями. В рамках названных моделей оказания помощи детям с РАС используются различные технологии.

Наиболее популярным среди отечественных специалистов является метод прикладного анализа поведения (Applied Behavior Analysis). При этом, к сожалению, сертифицированных АВА-терапевтов в России явно недостаточно. В ряде регионов РФ в работе с детьми аутистами используется анималотерапия [8], иппотерапия [11], дельфинотерапия [6], канистерапия [4]. Анализ результатов применения названных методов позволяет говорить об их эффективности в различных сферах развития ребенка, так как они помогают задействовать практически все сенсорные системы.

Немаловажную роль в развитии ребенка с РАС, по мнению специалистов, играют различные арттерапевтические формы работы – «общение с песком», рисование, лепка, гончарное искусство и др. Кроме развития мелкой моторики, данные формы общения ребенка с миром творчества способствуют развитию символического мышления, творческого воображения, фантазии, постановке речи, формированию умения ощущать собственное тело, а главное – приобретению навыков взаимодействия с родителями, другими взрослыми и детьми [12].

Широко используется в реабилитационных медико-психолого-социальных центрах сенсорная интегративная терапия, когнитивно-поведенческий тренинг, тренинг социальных навыков. По мнению специалистов, метод сенсорной интеграции позволяет стимулировать все сенсорные процессы, создает положительный эмоциональный фон, помогает преодолеть нарушения в эмоционально-волевой сфере и др. Технологии когнитивно-поведенческого тренинга и тренинга социальных навыков помогают развитию таких важных для социализации детей с РАС способностей, как установление контакта с другими людьми, поддержание, пусть и упрощенное, коммуникативной свя-

зи с ними и др. В России также ведется работа по созданию виртуальных компьютерных технологий, предназначенных для обучения детей и подростков с РАС навыкам социальной коммуникации. При этом основной акцент делается на обеспечении пользователям безопасных и комфортных условий обучения, минимизацию всех отвлекающих факторов и предоставление дополнительной поддержки от специалистов [1]. Кроме перечисленных технологий, в организациях и учреждениях регионов РФ ведется активный поиск и апробация новых направлений и форм работы. Так, в Центре реабилитации инвалидов «Наш Солнечный Мир» (г. Москва) разработан и апробирован метод комбинированной системы жетонов для коррекции аутоагрессии у детей с РАС, позволяющий закрепить желаемое поведение с помощью условных поощрений (зеленых жетонов) и уменьшить частоту случаев нежелательного поведения с помощью условных отрицательных стимулов (красных жетонов) [14]. В этом же центре активно внедряется проект «Деревня», целью которого является обучение взрослых людей с РАС и другими нарушениями в развитии навыкам самостоятельного проживания.

Интересным, но пока еще находящимся в начале своего развития, является проект Некоммерческого партнерства поддержки людей с аутизмом и особенностями интеллектуального развития «Счастливый дом» (Санкт-Петербург) по строительству домов для учебного проживания подростков и молодых людей с РАС, где молодые люди смогут получить необходимые навыки для труда и самообслуживания [13].

Таким образом, даже этот коротко представленный перечень деятельности медиков, педагогов, психологов, родителей, волонтеров по оказанию помощи детям с РАС позволяет сделать вывод о серьезных подвижках в решении проблем аутизма. Однако сегодня назрела необходимость объединения этого опыта в виде определенной системы, концепции, одной из форм которой может стать описанная ниже модель сопровождения. Как отмечалось выше, сегодня в практику внедряются модели комплексной многоуровневой реабилитации, социализации и помощи в решении различного рода проблем детей-аутистов, их

родителей и опекунов и мультидисциплинарная модель. Однако описание этих моделей сводится в основном к выделению этапов сопровождения ребенка с РАС и указанию функций различных специалистов, владеющих определенными технологиями, а также к схеме взаимодействия специалистов и различных организаций. Имеющиеся модели реализуются в конкретных образовательных организациях, реабилитационных центрах или же на уровне школьного класса либо группы дошкольной образовательной организации. Приведем несколько примеров творческого подхода специалистов к проектированию своей деятельности в рамках такого рода моделей. О.В. Загуменной, О.В. Скробкиной и Е.Н. Солдатенковой были представлены результаты использования в классе модели помощи детям с РАС, разработанной Е. И. Казаковой и названной «Субъектный четырехугольник» [3].

Основным субъектом этой модели является специалист по сопровождению ребенка с расстройством аутистического спектра, активно взаимодействующий с четырьмя другими субъектами: ребенком, педагогом, родителями и ближайшим окружением. Реализация модели опирается на следующие принципы:

- мультидисциплинарность;
- рекомендательный характер советов сопровождающему;
- приоритет интересов ребенка;
- стремление к автономизации (независимость специалиста по сопровождению от преподавателей-предметников и администрации);
- непрерывность сопровождения.

Положительным результатом внедрения модели стала подготовка детей к интеграции в среду сверстников в образовательных организациях (общеобразовательных и дополнительного образования) по истечении уже одного-двух лет обучения. Еще один интересный вариант – модель психолого-педагогической помощи детям школьного возраста с тяжелыми и множественными нарушениями развития – реализуется на базе группы кратковременного пребывания ГОУ «Центр психолого–медико-социального сопровождения детей и подростков» (Москва). Миссией

модели является максимальное вовлечение ребенка и его семьи в образовательное пространство с учетом индивидуальных особенностей учащегося, для чего требуется организация адекватной образовательной среды, где осуществляются индивидуальные программы обучения детей.

Модель включает два основных направления деятельности:

1) специализированная психолого-педагогическая помощь ребенку с тяжелыми и множественными нарушениями развития;

2) психолого-педагогическое сопровождение и сотрудничество с семьей. Отличительными особенностями модели являются:

- включение в образовательное пространство детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития, ранее считавшихся необучаемыми;

- построение индивидуальной и групповой программ развития детей с учетом их индивидуальных особенностей, что предполагает знакомство с разнообразными аспектами жизни ребенка;

- оказание психолого-педагогической помощи при активном сотрудничестве с семьей [10].

Однако, несмотря на имеющийся положительный опыт, в отечественной практике отсутствует структурированная, наполненная содержательными компонентами комплексная модель сопровождения детей с РАС. Такая модель необходима, так как ее реализация позволит облегчить команде специалистов различной профессиональной направленности (специалистам государственных образовательных организаций, государственных и общественных учреждений и центров различного профиля) осуществление процесса вовлечения детей с РАС и сложными дефектами в деятельность социализирующих институтов.

Модель комплексного сопровождения позитивной социализации детей с РАС

С учетом проведенного анализа научной литературы и успешных практик психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей с аутизмом нами была разработана модель сопровождения

позитивной социализации детей с РАС и сложными дефектами. В ее основу положены:

- базовые условия позитивной социализации личности ребенка с РАС: состояние его психического здоровья; наличие эмоционально-комфортной среды развития; создание благоприятных условий для протекания процесса социализации ребенка, в частности для формирования базовых социальных навыков; обеспечение тесного взаимодействия детей, психологов, педагогов, родителей, социальных партнеров; организация мониторинга в динамике совокупных показателей социальной компетентности и развития детей [7]. Кроме того, мы руководствовались пониманием, что расстройства аутистического спектра представляют собой крайне неоднородную группу, что затрудняет создание единой комплексной модели сопровождения, но при этом возможно включение в нее жизненно необходимых компонентов для социализации ребенка с РАС;

- критическое осмысление исследований зарубежных и отечественных ученых, практического опыта специалистов различного профиля, посвященных описанию условий и технологий сопровождения ребенка с РАС и сложными дефектами, а также их родителей (или законных представителей);

- обобщение и систематизация эффективных наработок отечественных специалистов медико-психолого-педагогических центров и общественных объединений в решении проблем аутизма и проблем, с которыми они сталкиваются в своей деятельности;

- принципы мультидисциплинарного и междисциплинарного подходов к взаимодействию специалистов, направленному на решение проблем аутизма;

- запросы педагогов и родителей детей с РАС, выявленные в ходе анкетирования, проведенного нами в ходе исследования. Под позитивной социализацией мы понимаем расширение спектра собственных умений и повышение возможностей участия ребенка с РАС в социальной жизни, что может быть достигнуто как за счет формирования навыков и

развития способностей самого ребенка, так и за счет создания специальных условий посредством основных агентов социализации ребенка. Ядром модели являются четыре модуля: управленческий, педагогический, коррекционно-реабилитационный и психолого-педагогический (рисунок). Они объединены общей концепцией и миссией позитивной адаптации детей с РАС. Данные модули содержат описание как организационных вопросов (функций, целей, задач, выделения субъектов и объектов социализации и т. д.), так и содержательных (направлений социализации, технологий, принципов сопровождения, компетенции специалистов и т. д.).

Управленческий модуль объединяет администраторов образовательных организаций, методистов, представителей попечительских советов, фондов, координаторов инклюзивного образования и родителей. Основная задача команды специалистов – создание единой основы для интеграции ребенка с РАС в жизнь общества. Функции, которые реализуются посредством управленческого модуля в процессе сопровождения социализации ребенка с РАС – это организация, контроль, принятие решений, определение степени эффективности применяемых маршрутов и технологий. В деятельности по социализации интеграции ребенка в общество ребенка, расширении возможностей инклюзивного образования, раскрытии потенциала ребенка во взаимодействии со сверстниками данный модуль играет важную роль: он призван преодолеть барьер стигматизации и дискриминации людей с РАС, которые несомненно затрудняют процесс позитивной социализации. Педагогический модуль, представленный воспитателями, учителями, педагогами дополнительного образования и родителями, нацелен на реализацию образования в соответствии с ФГОС, воспитание, обучение и создание условий для развития социальных навыков детей с аутизмом.

Модуль обеспечивает формирование жизненной компетенции ребенка, расширяя возможности его социального взаимодействия с другими участниками образовательного процесса. Применение междисциплинарного и мультидисциплинарного подходов позволяет преодолеть се-

рьезный барьер социализации детей с РАС, существующий на сегодняшний день, а именно: восполнить у педагогов образовательных организаций отсутствие знаний и навыков работы с детьми-аутистами, необходимых для инклюзивного образования.

Задачей коррекционно-реабилитационного модуля является разработка индивидуальной коррекционной программы, учитывающей особенности развития ребенка с РАС. Диагностику, коррекцию, лечение и социальную реабилитацию ребенка осуществляют врачи-педиатры, невропатологи, социальные реабилитологи, а также специалисты в области коррекционной педагогики-дефектологи и логопеды. Благодаря их профессиональной активности ребенок с РАС получает специализированную помощь по коррекции нежелательных форм социального взаимодействия. Этот модуль позволяет наработать опыт междисциплинарного взаимодействия и устранить пока, к сожалению, существующее жесткое разделение между специалистами полномочий и «зон ответственности» в помощи ребенку с РАС и его семье. Психолого-педагогический модуль, объединяющий педагогов-психологов, социальных педагогов, психологов, тьюторов, АВА-терапевтов и родителей, ориентирован на развитие социально-бытовых умений и коммуникативных навыков детей с РАС, а также на вовлечение семьи в процесс социализации ребенка. Создание общей команды поможет устранить неготовность специалистов (психологов, социальных педагогов) к работе с детьми аутистами без поддержки специалистов узкого профиля (врачей и дефектологов).

Поэтапная реализация модели позволит команде специалистов эффективно решать проблемы детей с РАС и сложными дефектами, а также оказывать действенную помощь их родителям (или законным представителям). Всего в рамках разработанной мультидисциплинарной и междисциплинарной модели мы выделили пять этапов (шагов) сопровождения. Первый этап – сбор объективных и субъективных данных о ребенке (феноменологический уровень). На этом этапе анализируется вся совокупность имеющейся психолого-педагогической и ме-

дицинской документации, продукты учебной деятельности ребенка (объективные данные). Проводится беседа с родителями, а также беседа и/или анкетирование работающих с ним педагогов и других специалистов (субъективные данные).

Внимание уделяется прежде всего работе с родителями, которым в модели сопровождения отводится очень важная роль – они включены в состав практически всех модулей. Ведущий беседу специалист (или группа специалистов) расспрашивает членов семьи о состоянии ребенка, особенностях его жизни в текущий момент, повседневном режиме (о сне, еде, самочувствии, имеющихся навыках самообслуживания, интересах, участии ребенка в различных видах социально-бытовой деятельности и т. д.). Родителей также просят поделиться информацией об успехах ребенка и трудностях, возникающих у него и его близких как внутри семьи, так и в более широком социальном окружении.

Результаты беседы анализируются и обобщаются. На основе полученной информации выдвигаются гипотезы о причинах проблем в развитии, воспитании и обучении ребенка, в том числе о возможных социально-психологических проблемах семьи. На втором этапе определяется актуальное состояние ребенка с РАС и детализируются социально-психологические особенности его семьи.

В процессе диагностики соматического и психического здоровья ребенка с привлечением всех специалистов сопровождения (врача-невропатолога, педагога-психолога, дефектолога, логопеда) и с использованием различных методов и методик (тестирования, проективной психодиагностики, социометрии и т. д.) осуществляется проверка и уточнение выдвинутых гипотез, проводится оценка психологического и социального статуса ребенка. Формулируется психологический диагноз, который принципиально отличается от медицинского: он состоит в структурированном описании индивидуально-психологических особенностей обследуемого с указанием как проблемных, так и ресурсных сторон его личности. Помимо психологического диагноза на дан-

ном этапе составляется социально-психологический портрет семьи, воспитывающей ребенка.

Третий этап – это комплексный анализ ранее полученной информации и обозначение индивидуального маршрута позитивной социализации с учетом особых потребностей ребенка, его индивидуально-психологических качеств и семейной специфики. На этом этапе формулируются рекомендации для всех участников процесса позитивной социализации.

Четвертый этап – реализация индивидуального маршрута позитивной социализации: проводятся намеченные мероприятия, организуется оперативное консультирование всех участников процесса, обсуждаются возникающие трудности и разрабатываются рекомендации по их преодолению. На пятом этапе рефлексировются достигнутые результаты и проблемы, которые были выявлены во время прохождения индивидуального маршрута. Определяются перспективы и приемлемые алгоритмы дальнейшей позитивной социализации. Таким образом, все компоненты организационно-функциональной структуры модели сопровождения подчинены одной общей цели – успешной социализации ребенка с РАС и сложными дефектами.

Заключение

Анализ отечественных и зарубежных подходов к социализации детей и подростков с РАС позволяет говорить о том, что сегодня в этой области используется достаточно много технологий и интервенций.

Среди них в качестве наиболее эвристичных можно выделить: метод прикладного анализа поведения; когнитивно-поведенческий тренинг и тренинг социальных навыков; метод видеомоделирования; сенсорную интегративную терапию; технологии, использующие возможности виртуальной реальности.

Внимание зарубежных исследователей сосредоточено на разработке четко структурированных стратегий обучения детей и подростков с РАС определенным навыкам социальной коммуникации, но такие понятия, «как модель социализации» или «модель сопровожде-

ния позитивной социализации», не используются применительно к работе с аутичными детьми и их семьями.

В отечественной науке и практике при наличии различных моделей психолого-педагогического сопровождения детей с РАС, реализующихся в отдельных организациях, отсутствует структурированная, наполненная содержательными компонентами комплексная модель сопровождения позитивной социализации данного контингента детей. С учетом анализа сложившейся ситуации и с позиций мультидисциплинарного (комплексного) и междисциплинарного подходов мы предлагаем модель позитивной социализации детей с РАС. Ее реализация в регионах РФ позволит эффективно планировать программу сопровождения детей с РАС в общеобразовательных и коррекционных школах, организациях, практикующих инклюзивное обучение и воспитание, в медико-психолого-педагогических центрах, а также усовершенствовать деятельность системы повышения квалификации педагогов, врачей, социальных реабилитологов, психологов, специалистов коррекционной педагогики.

Литература

1. Айсина Р.М. Перспективы применения виртуальных компьютерных технологий в психолого-педагогическом сопровождении детей с расстройствами аутистического спектра на ступени полного общего образования / Р.М. Айсина, Ж.А. Максименко. – М.: ФПО России, 2015. – С. 3–5.
2. Баенская Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма: автореф. дис. ...д-ра психол. наук / Е.Р. Баенская. – М.: Институт коррекционной педагогики РАО, 2008. – 46 с.
3. Загуменная О.В. Организация сопровождения психологом и дефектологом детей младшего школьного возраста с расстройствами аутистического спектра: из опыта работы в классе / О.В. Загуменная, О.В. Скробкина, Е.Н. Солдатенкова // Аутизм и нарушения развития. – 2010. – № 3. – С. 40–49.

4. Коголовская А.С. Особенности реабилитации детей-инвалидов с использованием канистерапии / А.С. Коголовская // Естественные, общественные науки. – Иваново, 2013. – № 1. – С. 41–46.
5. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: учебное пособие для студентов психологических факультетов высших учебных заведений / В.В. Лебединский. – М.: Академия, 2003. – 144 с.
6. Лукина Л.Н. Механизмы терапевтических эффектов процедур дельфинотерапии / Л.Н. Лукина // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – № 2. – С. 162–165.
7. Нестерова А.А. Интеграция детей с расстройствами аутистического спектра в образовательную среду / А.А. Нестерова // Психология личностного и профессионального развития субъектов непрерывного образования. – М., 2015. – С. 232–236.

Феденко Е.Н. Особенности взаимодействия дошкольников с расстройствами аутистического спектра со сверстниками / Е.Н. Феденко // Проблемы педагогики. – 2018. – С. 61–66.

Аннотация: в статье анализируются особенности взаимодействия детей с расстройствами аутистического спектра со сверстниками.

Ключевые слова: анализ, расстройства аутистического спектра, взаимодействие, специальная педагогика, РАС, аутизм.

С каждым годом во всем мире растет число детей с расстройствами аутистического спектра. По данным Министерства здравоохранения, в России в 2017 году число детей, зарегистрированных с диагнозом «аутизм» в возрасте 18 лет, существенно выросло по сравнению с 2016 годом: в 2016 году было зарегистрировано 17,7 тысяч случаев, а в 2017 году – уже более 22 тысяч.

Расстройство аутистического спектра (РАС) – это отклонение в психическом развитии личности, главным проявлением которого яв-

ляются нарушение процесса общения с внешним миром и трудности в формировании эмоциональных контактов с другими людьми [1, с. 9].

У детей с РАС наблюдаются следующие особенности развития:

- нарушения в развитии коммуникативной сферы;
- повторяющийся репертуар поведения (стереотипные движения и действия);
- нарушения в формировании эмоционально-волевой сферы;
- неравномерность развития познавательных процессов.

Состояние одиночества – критическое снижение способности к установлению контакта с социумом. Как известно, потребность в общении – одна из самых важных человеческих потребностей. Общение – это главное условие и основной способ жизни человека: только в общении и в отношениях с другими людьми человек может почувствовать и понять самого себя, найти свое место в мире.

Дети с РАС предпочитают находиться в своем собственном мире, в котором они чувствуют себя в безопасности. В психологии взаимодействие определяется как «взаимное воздействие или влияние». В социальном взаимодействии поведение одного человека выступает стимулом для поведения другого, и наоборот. Отечественные психологи подчеркивают: социальное развитие осуществляется в двух направлениях – в освоении предметного мира и в освоении мира отношений между людьми. Взаимодействие между детьми рассматривается как важное условие развития психики ребенка, оказывающее особое влияние на становление его личности (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец и др.). Процесс развития взаимодействия сложен и многогранен для любого человека. Становление взаимодействия зависит от различных факторов: особенностей физического развития ребенка, состояния его нервной системы, влияния окружающей речевой среды и т.д. Нарушения в развитии коммуникативной сферы является одним из основных признаков раннего детского аутизма.

Данный признак проявляется в самом раннем возрасте: при комплексе оживления, который может проявиться позднее чем у сверстни-

ков, отмечается отсутствие фиксации взгляда на лице близкого взрослого, ответных реакций ребенка на улыбку, обращенную речь и жесты. При взрослении слабость контактов с ближайшим окружением продолжает нарастать. У детей нет стремления к близкому тактильному, эмоциональному контакту с родителями. Более того, может проявляться страх, агрессивное поведение по отношению к ним (или одному из них). Отмечается незаинтересованность в совместной деятельности со стороны детей с расстройствами аутистического спектра: дети не задают вопросов, не просят почитать или рассказать сказку, не зовут родителей для разрешения проблемных ситуаций [7, с. 456]. У детей с РАС отсутствует стремление к общению со сверстниками – наблюдается игнорирование или активное (иногда агрессивное) отвержение попыток вступить в контакт. В своих социальных контактах ребенок данной категории крайне избирателен. Холодность, погруженность во внутренние переживания, низкий уровень коммуникативных способностей отталкивают сверстников, ограничивая круг общения. Это в свою очередь затрудняет его личностное развитие, усвоение правил поведения в обществе и нравственных категорий.

Отклонения в речевом развитии, прежде всего, ее коммуникативной функции – один из основных признаков расстройства аутистического спектра у детей. Основной чертой детей с РАС является негативное отношение к любым попыткам установления контакта с ним. Ребенок может начать волноваться, если кто-то обращается к нему, отказываться играть даже с близкими людьми. Такие дети не любят физического контакта с другими людьми, избегают глазного контакта, не интересуются другими людьми. Ясно, что если дети с РАС не способны устанавливать контакты даже с ближайшими людьми, то у них предсказуемо возникают проблемы при взаимодействии со сверстниками.

Некоторые особенности взаимодействия детей с РАС со сверстниками рассмотрены в классификации О.С. Никольской. По классификации О.С. Никольской все разнообразие детей с ранним детским аутиз-

мом может быть условно отнесено к 4-м группам [8]: Рассмотрим обобщенную характеристику детей каждой группы.

Для детей 1-й группы характерны следующие проявления:

- ребенок отрешен, автономен;
- не вступает в контакт не только с чужим человеком, но с близкими людьми, даже с матерью.

При этом такой ребенок может реагировать на неречевые звуки, особенно на музыку, но реакция отсрочена по времени. Предметы и игрушки его не интересуют, или он может, например, выкладывать игрушки в один ряд. Новые предметы пугают, вызывают тревогу. Оценить продуктивность внимания или критичность не удастся, что связано с невозможностью установления контакта. Поведение ребенка полностью автономно, произвольно. Часто такой ребенок имеет высокую механическую память. В целом, можно говорить о грубейшей неравномерности в развитии психических процессов. Причем, сильнее всего страдает, прежде всего, произвольность поведения. Итак, здесь любой контакт со сверстниками отсутствует. Эти дети вообще не способны к общению.

Дети 2-й группы. Внешне такие дети выглядят как наиболее страдающие. Они напряжены, скованны в движениях, при этом демонстрируют стереотипные движения. Может проявляться двигательное беспокойство, в том числе стереотипные прыжки, бег по кругу, кружение, пронзительный крик. Другие их характерные особенности:

- монотонная речь,
- страх громких звуков,
- упорные страхи бытовых ситуаций.

Часто такой ребенок обучается социальным навыкам, но привязывает их к конкретной ситуации. Такая же буквальность проявляется и в мышлении. Недоступно понимание контекста ситуации. Эти особенности резко затрудняют общение со сверстниками. Такие дети могут реагировать на все попытки поиграть с ними криками, плачем. Кроме

того, они обычно не заинтересованы в контактах со сверстниками, предпочитают проводить время в одиночестве.

Особенности развития и поведения детей 3-й группы:

- быстрое развитие речи;
- длинные монологи на значимые темы;
- использование цитат;
- речь подчеркнута «взрослая».

Как отмечает Е.Р. Баенская, речь таких детей «взрослая», с большим запасом слов, «интеллектуальными» интересами, которые демонстрирует ребенок [3].

Но как раз речь и привлекает внимание своими характерными, странными чертами. Это оторванность речи ребенка от реальной ситуации, блестящие глаза и выражение постоянного энтузиазма.

Е.Р. Баенская выделила следующие особенности общения:

- конфликтность,
- неумение уступать,
- непонимание правил социума в целом,
- дезадаптация в среде сверстников.

Моторное развитие также специфично: дети неловки, отмечается нарушения мышечного тонуса, недостаточность координации движений, трудности «вписывания» в пространство [11, с. 176]. Это также дополнительно осложняет общение со сверстниками, так как таких детей просто не берут в совместные игры. Но эти дети и не заинтересованы в общении со сверстниками, их больше привлекает общение с взрослыми. С взрослыми дети часто оживлены, многословны. Создается ощущение их активности и деятельности, хотя продуктивность деятельности чаще всего низкая. Но это внешне впечатление, так как активны эти дети только в сфере собственных интересов. К тому же обращает на себя внимание то, что они не вступают в настоящий диалог с взрослым человеком, могут разговаривать, даже если собеседник уже вышел из комнаты и т.д. Значительные трудности ребенок испытывает

при необходимости «считывания», понимания эмоций и чувств окружающих его людей [5].

Здесь нарушения пересекаются с таким нарушением развития, как низкий уровень эмоционального интеллекта. Эмоциональный интеллект – это сложное и многомерное понятие. К нему относится, например, умение точно назвать состояние другого человека. Ребенок с РАС также ориентируется лишь на оценку фрагментарных характеристик общения. Они, например, могут считать, что громкий голос означает, что человек рассержен, и т.д. Нет четкой оценки эмоционального состояния другого человека, не хватает понимания сложных, неоднозначных переживаний. При этом детей, относимых к 3-ей группе, можно назвать активными и энергичными. В этом они заметно отличаются от пассивных и замкнутых детей с аутизмом. Но, как отмечают исследователи, это внешнее впечатление, на самом деле такие дети чувствительны к переменам в обстановке, подвержены страхам. В этом они схожи со всеми остальными детьми с аутизмом. Разница в том, что у данной группы детей тревога проявляется не в замкнутости, а в «активных» формах [4, с. 51].

Для детей 4-й группы характерна потребность в контактах со сверстниками, но также и сильный страх перед этими контактами. Дети этой группы тревожны, пугливы. Их особенность состоит в том, что они практически не способны к самостоятельному контакту со сверстниками. Им необходима постоянная поддержка со стороны взрослых. При этом эти дети все-таки стараются выстраивать правильные формы поведения в обществе. Но это проходит на фоне неспособности адекватно понять ситуацию общения и неумения понять эмоцию сверстника. Например, они не способны правильно воспринять выражение лица другого ребенка, понять, что оно выражает. Это значительно усложняет их адаптацию. В результате своего непонимания ситуации, они становятся тревожными, легко теряются, требуют поддержки со стороны близкого человека. Собственно, в общении со сверстником они оказываются выражено неадекватными.

Неадекватность выражается в следующем:

- непонимание подтекста ситуации;
- неверная оценка эмоционального состояния сверстника;
- неправильное понимание чужих эмоций.

В силу этих качеств, они оказываются исключенными из всех ситуаций взаимодействия со сверстниками. Но они по-своему тянутся к общению, просто не понимают, как именно наладить контакт.

Для детей всех групп нарушения в общении обычно становятся явными в течение второго и третьего годов жизни. До этого возраста нарушения в общении могут быть не так заметны. Ребенок с РАС не кажется заинтересованным в других людях и, особенно, в других детях. Он может подходить к ним, но не хочет играть, не понимает смысла стандартных детских игр. Ему может нравиться телесный контакт, но он не будет участвовать в игре или каких-либо других взаимодействиях.

Некоторые дети, страдающие аутизмом легкой степени, в центре группы детей (или около) могут быть окружены странной аурой одиночества. Часто у детей с РАС отмечается задержка в развитии речи, что также затрудняет контакты со сверстниками. Дети, с расстройствами аутистического спектра, часто оказываются не включенными в образовательное поле [2]. Дело в том, что такого ребенка недостаточно просто учить. Искаженное развитие аутичного ребенка проявляется в системном нарушении переноса знаний в практическую плоскость. Первоочередной задачей интеграции ребенка с РАС в образовательную среду является адаптация в коллективе сверстников и дальнейшая социализация.

Работа с ребенком с РАС предполагает постепенное, поэтапное включение в образовательную деятельность при коллегиальном сотрудничестве специалистов. Первым этапом образовательной интеграции является этап индивидуальных игровых занятий. Начинать следует с того, чтобы ребенок научился видеть человека вообще, получить положительный опыт контакта. Наиважнейшая задача индивидуальной деятельности - создать доверие. Следующим этапом образовательной интеграции является включение ребенка с РАС в микро-группу. Что дает возможность определения предполагаемых проблем при будущем вклю-

чении ребенка в макросоциальное пространство. Совместная образовательная деятельность дает возможность получить опыт взаимодействия с другими детьми, освоить разные формы такого взаимодействия и, таким образом, почувствовать себя частью коллектива. С помощью игровых занятий решаются как общие задачи, направленные на социальное и эмоциональное развитие ребенка, так и специфические, непосредственно связанные с особенностями нарушений в развитии детей, входящих в группу. Основные задачи игровых занятий в микрогруппах:

- создание условий и формирование у детей мотивации к взаимодействию и общению;
- формирование образа себя через игровое взаимодействие с детьми и взрослыми;
- стимуляция собственной игровой, коммуникативной, речевой активности ребенка;
- развитие произвольной регуляции поведения;
- развитие познавательной сферы: зрительного и слухового внимания, восприятия, памяти и др.;
- формирование представлений об окружающем мире.

Представленное видение образовательной интеграции ребенка с РАС направлено на компенсацию нарушений.

Гибкая предметно-развивающая среда приобщает к жизни в социуме, учит выражать себя. «Следуя за ребенком», педагог последовательно и поэтапно развивает ребенка с расстройством аутистического спектра лишь тогда, когда процессы воспитания и обучения имеют деятельностные формы и обладают соответствующим содержанием между обучением и психическим развитием. Таким образом, РАС – это сложное расстройство, которое включает в себя одновременно несколько отклонений от нормального развития. Среди них можно отметить затруднение общения с взрослыми и сверстниками, стереотипное, однообразное поведение, некоторые особенности интеллектуального развития.

Причины РАС пока что неизвестны. Все это делает коррекцию поведения детей с РАС сложной проблемой. В целом, здесь нужно понимать причины и особенности нарушений взаимодействия у конкрет-

ного ребенка с РАС. Нарушение навыков общения со сверстниками у детей с РАС рассматривается исследователями как приоритетное нарушение психического развития. Вместе с тем, проблема формирования предпосылок общения у детей с РАС, определение критериев прогноза развития этих детей недостаточно разработаны. Нет также общей картины нарушений взаимодействия с другими детьми. Одни дети с РАС полностью отвергают компании сверстников, другие дети могут принимать компанию других детей, но без участия в играх. Считается, что постепенно дети с РАС могут научиться общению. Но это нарушение полностью не исчезнет. РАС сохраняются на протяжении всей жизни человека, но благодаря ранней коррекционной помощи можно добиться многого. Конечно, эффективность деятельности зависит от типа нарушений и тяжести состояния.

Литература

1. Азова О.И. К вопросу об аутизме / О.И. Азова // Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: сборник. – 2016. – № 1. – С. 7–20.
2. Аршатская О.О психологической помощи детям раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма: взаимодействие специалистов и родителей / О.О. Аршатская // Дошкольное воспитание. – 2016. – № 8. – С. 63–70.
3. Баенская Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма: дис. ...докт. психол. наук Е.Р. Баенская. – М., 2008.
4. Баенская Е.Р. О коррекционной помощи аутичному ребенку раннего возраста / Е. Р. Баенская // Дефектология. – 1999. – № 1, – С. 47–54.
5. Балашова В.П. Особенности развития социально-коммуникативной сферы у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра / В.П. Балашов // Молодой ученый. – 2018. – № 46. – С. 247–249.
6. Думчива Е.В. Неизвестный аутизм. В России за год число детей-аутистов выросло на 25% / Е.В. Думчива. – URL: <https://life.ru/> (дата обращения: 07.12.2018).
7. Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. Сборник материалов II Всероссийской научно-

практической конференции, (22–24 ноября 2017 г.) / под общ. ред. А.В. Хаустова. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. – 456 с.

8. Никольская О.С. Специальный федеральный государственный образовательный стандарт для детей с нарушениями развития аутистического спектра (макет) / О.С. Никольская // Дефектология. – 2010. – № 2. – С. 3–18.

9. Рудик О.С. Как помочь аутичному ребенку / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2014. – 208 с.

10. Рудик О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2014. – 192 с.

11. Хаустов А.В. Формирование коммуникативных навыков у детей с детским аутизмом / А. В. Хаустов. – М.: Владос, 2005. – 176 с.

Thiago P. A Participatory Approach for Game Design to Support the Learning and Communication of Autistic Children / P. Triago, T. Daniela, C. Esteban, R. Marcos, B. Danilo. International Conference on Entertainment Computing ICEC 2015: Entertainment Computing – ICEC. – 2015. – P. 17 – 31.

(Комплексный подход к разработке игр для поддержки обучения и общения детей аутистов)

Аннотация. В этой работе мы предлагаем применить процесс совместного проектирования для разработки мобильных игр, ориентированных на обучение и социализацию детей аутистов. Это исследование использует игру, чтобы помочь людям с аутизмом справиться со своими проблемами и также оно описывает полный процесс проектирования, используемый в данном исследовании. В результате процесса проектирования можно было отметить необходимость обеспечения высокой кастомизации и персонализации цифровой деятельности в целях содействия вовлеченности пользователей и способности к геймплею. Более того, более подробно рассказывается о разработанной игре. Были разработаны два индивидуальных интерактивных мероприятия: вопросы и ответы и эмоциональный термометр, которые были оценены с терапевтами, детьми аутистами и специалистами HCI.

Наконец, описано значение терапевтов в процессе проектирования игр и требования к перепроектированию интерфейса приложения.

Ключевые слова: *Дети, страдающие аутизмом, учатся общаться в мобильной игре с участием*

Литература

1. Sole-Smith, V.: Common myths about autism spectrum, Meredith Coporation (2014).
2. Baio, J.: Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. MMWR Surveill Summ. 63 Suppl. 2, 1–21.
3. Attwood, T.: The complete guide to Asperger's syndrome/Tony Attwood, 1st hardcover ed. Jessica. Kingsley Publishers, London, 2006.
4. Preece, J., Rogers, Y., Sharp, H.: Interaction Design: Beyond Human-Computer Interaction. Wiley, New York, 2002.
5. Barendregt, W., Bekker, M.M.: Developing a coding scheme for detecting usability and fun problems in computer games for young children. Behav. Res. Methods 38(3), P. 382–389.
6. Barendregt, W., Bekker, M.M.: Children may expect drag-and-drop instead of point-and-click. In: CHI 2011 Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems, CHI EA 2011, pp. 1297–1302. ACM, New York.
7. Barry, M., Pitt, I.: Interaction design: A multidimensional approach for learners with autism. In: Proceedings of the 2006 Conference on Interaction Design and Children, IDC 2006, pp. 33–36. ACM, New York.
8. Benton, L., Johnson, H., Ashwin, E., Brosnan, M., Grawemeyer, B.: Developing ideas: supporting children with autism within a participatory design team. In: CHI 2012 Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems, pp. 2599–2608. Association for Computing Machinery (ACM), New York.
9. Bondy, A., Hortonm, C.: The picture exchange communication system: Helping individuals gain functional communication. Autism Advocate 3. – 2010. – P. 21–24.

10. Corsello, C.M.: Early intervention in autism. *Infants & Young Children* 18(2), – P. 74–85.
11. Grigis, D., Lazzari, M.: Augmentative and alternative communication on tablet to help persons with severe disabilities. In: *Proceedings of the Biannual Conference of the Italian Chapter of SIGCHI, CHIItaly 2013*, pp. 17:1–17:4. ACM, New York.
12. Hertzum, M., Interaction, C.F.H., Jacobsen, N.E.: The evaluator effect: a chilling fact about usability evaluation methods. *Int. Journal of Human–Computer Interaction*. – 2001.
13. Hourcade, J.P., Bullock-Rest, N.E., Hansen, T.E.: Multitouch tablet applications and activities to enhance the social skills of children with autism spectrum disorders. *Personal Ubiquitous Comput.* – 2012. – P. 157–168.
14. Jamieson, S., et al.: Likert scales: how to (ab) use them. *Medical Education*. – 2014. – № 38(12), – P. 1217–1218.
15. Mesibov, G.B., Shea, V., Schopler, E.: *The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders*. Springer, New York, 2004.
16. Muller, M.J.: Participatory design: the third space in HCI. *Human-computer interaction: Development process*. – 2003. – P. 165–185.
17. Rasche, N., Qian, C. Z.: Work in progress: Application design on touch screen mobile computers (tsmc) to improve autism instruction. In: *2013 IEEE Frontiers in Education Conference (FIE)*, pp. 1–2.
18. Macedo, I., Trevisan, D.G., Clua, E., Vasconcelos, C.N.: Observed Interaction in Games for Down Syndrome Children. In: *Proceedings of the 48th Annual Hawaii International Conference on System Sciences, HICSS 2015, Kauai, vol. 48*, pp. 320–327.
19. Rodrigues, M.: *ASD-Teaching-Tool*. 2014.
20. Rodrigues, M.: *Devan-any-two*. 2014.
21. Ronski, M.A., Sevcik, R. A.: Augmentative communication and early intervention: Myths and realities. *Infants & Young Children* 18(3), 174.
22. Vermeeren, A.P.O.S., den Bouwmeester, K., Aasman, J., de Ridder, H.: Devan: A tool for detailed video analysis of user test data. *Behaviour and Information Technology* 21(6), 403–423. 2002

23. Williams, C., Wright, B., Young, O.: How to Live with Autism and Asperger Syndrome: Practical Strategies for Parents and Professionals. Jessica Kingsley Publishers. 2004.

24. Play Talkin Pictures meaVOX. Alternative communication for all. https://github.com/thiagomalheiros/asdTools_Docs

Scott Andrew B.; Petra G. Sensory Conversation: An Interactive Environment to Augment Social Communication in Autistic Children / B. Scott Andrew, G. Petra // Assistive Augmentation. – 2018. – P. 131–150.

(Сенсорная беседа: интерактивная среда для усиления социальной коммуникации у детей аутистов)

Аннотация. Сенсорное восприятие для детей с РАС чрезвычайно важно. Ведь таким образом мы стимулируем развиваться как можно больше не нужно.

Для аутичных людей сенсорные взаимодействия в повседневной жизни дополняются глубокими и впечатляющими переживаниями, которые сознательно не рассматриваются многими в основном потоке или в нейротипической популяции.

Литература:

1. Ackermann E (2001) Piaget's Constructivism, Papert. S constructionism: what's the difference. Future of Learning Group Publication.

2. Alcorn AM, Pain H, Good J (2014) Motivating children's initiations with novelty and surprise: initial design recommendations for autism In: ACM, New York, NY, USA, pp 28–225.

3. Ashby WR (1956) An introduction to cybernetics. Chapman & Hall, LondonCrossRefzbMATH.

4. Baggs A (2007) In: My language, vol 8.

5. Boehner K, DePaula R, Dourish P, Sengers P (2005) Affect: from information to interaction, pp 59–68.

6. Botts BH, Hersfeldt PA, Christensen-Sandfort RJ (2008) Snoezelen(R): empirical review of product representation. Focus on autism and other developmental disabilities, vol 23(3). SAGE Publications, pp 47–138. <http://doi.org/10.1177/1088357608318949>.

7. Bower M, Gallagher S (2013) Bodily affects as prenoetic elements in enactive perception. *Phenomenology and mind*, July, 31–108.
8. Brock J (2014) Connections: the elusive essence of Autism. SFARI <https://sfari.org/news-and-opinion/columnists/jon-brock/2014/connections-the-elusive-essence-of-autism>.
9. Brown S (2013) The aesthetics of negotiation: using interactive technology to facilitate aesthetic choice of children with sensory processing disorders. In: *changing facts, changing minds, changing worlds*, Perth, pp 80–99.
10. Bødker Susanne (1996) Creating conditions for participation: conflicts and resources in systems development. *Hum-Comput Int* 11(3):215–236.
11. Dalton NS (2013) Neurodiversity & HCI. CHI EA “13: CHI ’13 Extended abstracts on human factors in computing systems, April. New York, ACM Request Permissions, p 2295. <http://doi.org/10.1145/2468356.2468752>.
12. Dourish P (2001) ‘Being-in-the-world’: embodied interaction. In: *Where the action is: the foundations of embodied interaction*. The MIT Press, pp 99–126.
13. Druin A (1999) Cooperative inquiry: developing new technologies for children with children, New York, NY, USA: ACM, pp 99–592.
14. Druin A (2002) The role of children in the design of new technology. *Behaviour & Information Technology* 21(1):1–25.
15. Dubberly H, Pangaro P (2009) What is conversation, and how can we design for it. *Interactions*, 1 July.
16. Dubberly H, Pangaro P, Haque U (2009) What is interaction? are there different types?.” In: Dubberly H (ed) *Interactions*, 1 Jan.
17. Frauenberger C, Good J, Keay-Bright W, Pain H (2012) Interpreting input from children: a designerly approach, New York, NY, USA. ACM Press, pp 86–2377.
18. Ganz JB, Sigafos Jeff (2005) Self-monitoring: are young adults with MR and autism able to utilize cognitive strategies independently *Educ Train Dev Disabil* 40:24–33
19. Gaver B (2002) Designing for homo ludens, still. *I3 Magazine*, June
20. Gaver B, Dunne T, Pacenti E (1999) Design: cultural probes. *Interactions*, vol 6(1). ACM, pp 21–29.

21. Heylighen F, Joslyn C (2001) Cybernetics and second-order cybernetics. In: Meyers RA (ed) Encyclopedia of physical science & technology, 3rd ed. Academic Press, New York, pp 1–24.
22. Hutchinson H, Mackay W, Westerlund B, Bederson BB, Druin A, Plaisant C, Beaudouin-Lafon M et al (2003) Technology probes: inspiring design for and with families. ACM Request Permissions, Ft. Lauderdale, FL, USA, pp 5:17–24.
23. Iarocci G, McDonald J (2005) Sensory integration and the perceptual experience of persons with Autism. *J Autism Dev Disord* 36(1):77–90.
24. Lipsky D (2011) From anxiety to meltdown: how individuals on the autism spectrum deal with anxiety, experience meltdowns, manifest tantrums, and how you can intervene effectively. Jessica Kingsley Publishers, London.
25. Jensen JF (1998) Interactivity: tracking a new concept in media and communication studies. *Nordicom Rev*, 185–204
26. Keay-Bright W, Howarth I (2011) Is simplicity the key to engagement for children on the autism spectrum. *Personal and ubiquitous computing*, vol 16(2). Springer, pp 41–129.
27. Maglione MA, Gans D, Das L, Timbie J, Kasari C (2012) Nonmedical interventions for children with ASD: recommended guidelines and further research needs. *Pediatrics* 130(Supplement):169–178.
28. McKee SA, Harris Grant T, Rice Marnie E, Silk Larry (2007) Effects of a snoezelen room on the behavior of three autistic clients. *Res Dev Disabil* 28(3):304–316.
29. Mize L (2008) A little frustration can go a long way ...using sabotage and withholding effectively to entice your toddler to talk. *Teachmetotalk.com*. 21 Apr.
30. Neely L, Rispoli M, Camargo S, Davis H, Boles M (2013) The effect of instructional use of an iPad® on challenging behavior and academic engagement for two students with Autism. *Research in Autism spectrum disorders*, vol 7(4). Elsevier Ltd, pp 16–509.
31. Pangaro P (2009) Cybernetics, conversation and applications for design: designing for conversation. Cambridge, pp 1–66.
32. Parés N, Soler M, Sanjurjo À, Carreras A, Durany J, Ferrer J, Freixa P et al (2005) Promotion of creative activity in children with severe Autism

through visuals in an interactive multisensory environment. ACM Press, New York, NY, USA, pp 16–110.

33. Pask G (1968) A comment, a case history and a plan. In: Reichardt J Cybernetics, art and ideas, pp 76–99.

34. Penny S (2011) Towards a performative aesthetics of interactivity. *Fibreculture J* 19(December): 72–109.

35. Peterson CC, Slaughter V, Peterson J, Premack D (2013) Children with Autism can track others' beliefs in a competitive game. *Dev Sci* 16(3):443–450.

36. Pickering A (2010) Ontological theater. *The cybernetic brain: sketches of another future*, pp 17–36.

37. Preece J, Rogers Y, Sharp H (2015). *Interaction design: beyond human-computer interaction*, 4 edn. Wiley.

38. Rokeby D (1996) Transforming mirrors: subjectivity and control in interactivemedia. <http://www.davidrokeby.com/mirrors.html>

39. Sinha P, Kjelgaard MM, Gandhi TK, Tsourides K, Cardinaux AL, Pantazis D, Diamond SP, Held RM (2014) Autism as a disorder of prediction. In: *Proceedings of the national academy of sciences*, Oct, 1–6.

40. Stern N (2013) *Interactive art and embodiment: the implicit body as performance*. Gylphi Limited.

41. Van der Aa O, Christine PDM, Pollmann MMH, Plaat A, van der RJ Gaag (2014) Computer-mediated communication in adults with high-functioning Autism spectrum conditions.

42. Wright P, McCarthy J (2008) *Empathy and experience in HCI*. ACM Press, Florence, pp 46–637.

43. Wright Peter, McCarthy John (2010) *Experience-centered design: designers, users, and communities in dialogue*. *Synth Lect Hum-Cent Inf* 3(1):1–123.

44. Wright Peter, McCarthy John (2015) *The politics and aesthetics of participatory HCI*. Interactions.

45. Yates GB (2002) A topological theory of Autism. *Autismtheory.org*. <http://www.autismtheory.org/topotheory.html>

Компетентностно-ориентированные задания:

1. Используя материалы, представленные в разделе, составьте список ключевых слов, общий для всех статей раздела, опишите с помощью словаря значение каждого термина и понятия.
2. Подготовьте рецензию на одну из статей, включенных в раздел. Рецензия должна содержать критический анализ текста, описание изучаемой автором проблемы, пути и средства ее решения, а также ваше мнение на статью.
3. Сформулируйте ряд организационных, методических, содержательных предложений по работе с проблемами, описанными авторами в статьях раздела. Приведите конкретные примеры игр и упражнений.
4. Опираясь на материалы раздела и другие дополнительные источники, подготовьте методические рекомендации для педагогов и родителей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра.
5. Дополните раздел другими современными и актуальными исследованиями, выполненными российскими и зарубежными учеными, проведя анализ баз данных (eLIBRARY.RU, Scopus, Web of Science). Результаты представьте в виде библиографически правильно оформленного списка литературы.

Раздел 5. Аффективное развитие

Мелюхина М.В. Изучение особенностей развития аффективной сферы детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра // М.В. Мелюхина, Н.Ю. Зеленина // Современные подходы и технологии сопровождения детей с особыми образовательными потребностями. – 2017. – С. 68–70.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов[1].

При расстройства аутистического спектра возникают тяжелые и сложные нарушения эмоционального развития, которые могут закономерно вырастать из едва уловимых, тонких признаков аффективного неблагополучия, начиная с самых ранних этапов онтогенеза.

Актуальность, рассматриваемая данной темой, заключается в том, что значимые признаки патологических тенденций аффективного развития могут ошибочно восприниматься как положительные качества детей – крайне спокойных, «удобных», при этом уже к раннему возрасту отклонения в развитии становятся существенными и значительно искажают ранние этапы эмоционального развития ребенка.

Объект исследования: аффективная сфера.

Предмет исследования: особенности аффективного развития детей с расстройством аутистического спектра дошкольного возраста.

Методы исследования: анализ работы по данной проблеме, проведение констатирующего эксперимента, количественный и качественный анализ результатов.

Контингент: дети дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

Цель: теоритическое и экспериментальное изучение особенностей аффективного развития детей с расстройством аутистического спектра дошкольного возраста.

Задачи исследования:

1. Провести теоритический анализ соответствующей литературы об особенностях развития аффективной сферы детей дошкольного возраста.

2. Изучить особенности развития аффективной сферы детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра.

3. Подобрать методики для изучения особенностей аффективного развития детей с расстройством аутистического спектра дошкольного возраста.

4. Провести констатирующий эксперимент по изучению особенностей аффективного развития детей с расстройством аутистического спектра дошкольного возраста.

5. Проанализировать результаты по изучению особенностей аффективного развития детей с расстройством аутистического спектра дошкольного возраста.

Аффективная система начинает формироваться на самых ранних этапах развития детей. Эта система тесно связана как с формированием пространственно-временных представлений, так и с произвольной регуляции деятельности. Исследования К.С.Лебединской, В.В.Лебединского, О.С. Никольской предлагают такую структуру базовой аффективной регуляции. Она включает четыре уровня: уровень полевой реактивности (аффективной пластичности), уровень аффективных стереотипов, уровень аффективной экспансии, уровень аффективного (эмоционального) контроля.

Каждый уровень решает свои различные адаптационные задачи. Уровни не могут подменить друг друга. Ослабление или усиление функционирования какого-либо уровня может привести к общей дезадаптации системы в целом. В процессе развития ребенка механизмы аффек-

тивной регуляции преобразуются, совершенствуются, включаясь в единый процесс адаптации.

Аффективный дискомфорт в контактах с миром и нарушение развития аффективных механизмов взаимодействия с ним обуславливают формирование аутистических тенденций, стремление ограничивать, упрощать, стереотипизировать эти контакты.

Нарушение аффективного взаимодействия аутичного ребенка с окружающим ведет к развитию гиперкомпенсаторных механизмов, позволяющих ребенку заглушить, уменьшить ощущение аффективного дискомфорта. На доступном уровне ребенок разрабатывает определенные способы аутостимуляции стенических аффективных состояний. Эти гиперкомпенсаторные действия нарушают баланс, смысловой и тонической функций аффективной сферы. Доставляя временное облегчение, они только усиливают общую дезадаптацию ребенка.

Недостаточное развитие аффективных механизмов произвольного сосредоточения препятствует становлению когнитивных функций. Дети сосредотачиваются на примитивных аффективных ощущениях, но иногда могут иметь сложные интеллектуальные интересы. Также дети с РДА испытывают большие трудности во взаимодействии с миром [2].

Определенному варианту аутистического синдрома по классификации О.С. Никольской характерна тенденция перевеса стереотипной аутостимуляционной активности над реально адаптивной, которая может проявляться в разных формах. Каждый вариант РДА отличается глубиной и качеством аутизма, уровнем адаптации ребенка к окружающему миру и преобладающим типом аутостимуляционной активности [3].

Помощь в развитии аффективной сферы является ключевой, решающей задачей в коррекционной работе с ребенком с РАС. Без развития активных осмысленных отношений с окружением, которые могут реализоваться только в контакте с другими людьми в совместно разделенном переживании, аутизм не может быть преодолен.

Для исследования детей с первазивными нарушениями традиционно использовать малую выборку детей. Полученные результаты позволяют сделать вывод об общей картине нарушений, сохранность психических функций и глубину поражения каждого ребенка.

В работе были использованы следующие методики:

1. Методика диагностики раннего детского аутизма авторы К.С. Лебединская, О.С. Никольская (далее МДНПС).

2. Методика диагностики эмоциональных нарушений у детей авторы М.К. Бардышевская, В.В. Лебединский (МДЭН).

Полученные результаты в ходе констатирующего эксперимента позволяют сделать вывод об общей картине нарушений каждого ребенка, что дает возможность увидеть наличие особенностей в развитии аффективной сферы. У детей с РАС нарушено развитие базовых основ организации отношений со средой. Характерны неадекватность поведения самосохранения, трудности в самообслуживании, нарушения развития индивидуальной избирательности, отсутствие исследовательского поведения, трудности социального развития, в том числе, развития способности понимать переживания другого человека.

Литература

1. Гилберг, К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс. – СПб., 1998. – 124 с.

2. Лебединский, В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М., 1990. – 198 с.

3. Никольская, О.С. Аффективная сфера человека: взгляд сквозь призму детского аутизма / О.С. Никольская. – М., 2000. – 364 с.

Баенская Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально - смыслового подхода / Е.Р. Баенская // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15. – № 2 (55). – С. 32–37.

Аннотация: раскрывается содержание эмоционально-смыслового коррекционного подхода, направленного на преодоление искаженности психического развития ребенка с аутизмом. Показано, что эмоциональное развитие ребенка, проходящее в совместно разделенном со взрослым переживании, является обязательным условием формирования его активных осмысленных отношений с миром. Дается представление о первых значимых маркерах аутистических тенденций развития, о цели, содержании и методах коррекционной работы с аутичным ребенком раннего возраста, а также о методах помощи его близким.

Ключевые слова: аутизм, искаженное развитие, совместно-разделенное переживание, эмоциональное взаимодействие, эмоционально-смысловой комментарий, коррекционная помощь.

Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра и как можно более раннее начало оказания коррекционной помощи ребенку – одна из важнейших и обсуждаемых проблем. Последнее время увеличивается число обращений родителей детей раннего возраста как с уже оформленным синдромом аутизма, так и с тенденциями аутистического дизонтогенеза. Значимость их своевременного выявления очевидна, но так же очевидна и необходимость немедленного обучения родителей специальным способам и условиям организации и развития взаимодействия с малышом.

Перед специалистами и близкими ребенка встает задача выбора действенного и адекватного раннему возрасту коррекционного подхода. Именно в работе с маленькими детьми наиболее естественным и перспективным представляется путь последовательного формирования предпосылок и основ активного и осмысленного взаимодействия ребенка с окружающими.

Этот путь предлагается в подходе, основанном на понимании детского аутизма как искаженного дизонтогенеза, обусловленного глубокими нарушениями аффективного развития ребенка. Он разработан отечественными психологами и много лет продуктивно используется в консультативной и коррекционной практике [3; 6; 7; 8; 10]. Рассмотрим основания его использования и краткое содержание.

Исследования О.С. Никольской показали, что характерные особенности развития всех психических функций при детском аутизме обнаруживаются, прежде всего, в стойком сочетании нарушения активности и снижения порога аффективного дискомфорта во взаимодействии такого ребенка с окружающим. Признаки нарушения раннего аффективного развития детей с аутизмом, отражающие это сочетание и его возможные последствия, были подробно описаны и проанализированы в работах Е.Р. Баенской с коллегами [10], К.С. Лебединской, О.С. Никольской [5], М.К. Бардышевской [4], О.С. Аршатской [1].

Благодаря тщательному изучению историй развития детей с аутизмом, их домашних видеозаписей на первом-втором годах жизни, были выделены и систематизированы наиболее показательные ранние маркеры аффективного неблагополучия, прослежена их динамика в течение раннего возраста – до момента окончательного оформления синдрома. Обращение к закономерностям нормального аффективного развития, которые складываются внутри ранних форм взаимодействия ребенка с близким человеком, прежде всего, с матерью, позволило понять содержание этих первичных трудностей, причин и логики их нарастания [2; 3; 9; 10].

Характерные особенности поведения малыша при угрозе формирования синдрома детского аутизма обнаруживаются в тенденции дозировать эмоциональный контакт, не проявлять собственной активности и инициативы в непосредственном общении (недостаточно развернут и выражен бывает «комплекс оживления», ребенок не исследует материнское лицо, не имитирует его выражение, не ловит, не отслеживает и не предвосхищает взгляд и эмоциональную реакцию взрослого;

отмечается редкость и недостаточность адресованных взрослому вокализаций, направленного взгляда, а затем и указательного жеста, и первых вербальных обращений; малыш не стремится поделиться с близкими своим удовольствием и др.). Одновременно отмечается непостоянство или слабость отклика на обращение, эмоциональную оценку взрослого. Неизбежно возникают проблемы объединенного внимания, не развиваются подражание, феномен «социальной ссылки».

В условиях несформированности эмоционального взаимодействия с близкими тяжело протекает момент физического отрыва малыша от матери. Именно в это время становится особенно заметным, что он «не слышит» обращения, не реагирует на собственное имя, не ощущает реальную опасность. Основной формой активности ребенка надолго становится «полевое» поведение, либо, напротив, усиливается и фиксируется чрезмерная осторожность, пугливость, брезгливость, и тогда все очевиднее проявляется стремление ограничить и стереотипизировать отношения с окружением.

В период от полутора до двух с половиной лет нарастают трудности произвольной организации такого ребенка, не развиваются подражание и исследовательская активность, не усложняются его манипуляции с игрушками. Становятся все более выраженными отставание и своеобразие речевого развития, не направленного на коммуникацию; закрепляются характерные стереотипные движения и действия с предметами. Появляются и усиливаются тревожность, страхи, дискомфортные состояния, все более заметны трудности принятия всего нового; при этом малыш часто не может пожаловаться, принять помощь близких.

Показателем дезадаптивных тенденций развития является и ранняя фиксация механических средств аутостимуляции (самораздражения, двигательных разрядов и стереотипной манипуляции предметами), которые и в дальнейшем используются ребенком как для уменьшения дискомфорта, так и для возможности пережить сильное позитивное впечатление. Характерно, что наиболее интенсивные и напряженные формы

этих однообразных способов успокоения и тонизирования возникают именно в моменты особой «захваченности» ребенка каким-то сенсорным впечатлением, овладевающей им вне русла взаимодействия с близким взрослым. Такая особая сосредоточенность ребенка на избирательных сенсорных впечатлениях начинает создавать дополнительные препятствия для развития исходно слабой ориентации на близкого человека.

Таким образом, ограничения вовлеченности младенца в первые формы общения с матерью и связанные с ними трудности возникновения и развития совместно разделенного со взрослым переживания создают особые условия, вызывающие и закрепляющие искажение хода психического онтогенеза. Возникают проблемы поддержания аффективной стабильности и активности малыша в контактах с окружением, регуляции интенсивности и качества его эмоциональных состояний, сложности в расширении области его позитивных впечатлений, в отвлечении от негативных, в смене знака впечатлений. При благополучном развитии это обеспечивается близким взрослым, прежде всего, через непосредственное «эмоциональное заражение», возможность тонизировать и успокоить малыша с помощью мимики, интонации, эмоционально выразительного слова, жеста.

Недостаточность или отсутствие ориентации маленького ребенка на эмоциональную реакцию близкого взрослого имеет своим неизбежным следствием нарушение не только его раннего эмоционального и социального взаимодействия с окружающими (в том числе и формирования привязанности), но и нарушение развития активных отношений с предметной средой (не стимулируется исследовательская активность, ребенок остается крайне уязвимым по отношению к впечатлениям новизны, неожиданности, фиксируются страхи, дискомфорт, нарушается поведение самосохранения).

Оформление синдрома детского аутизма на втором-третьем годах жизни совпадает по времени с периодом интенсивного формирования индивидуального опыта ребенка. При благополучном развитии он связан, прежде всего, с интенсивным развитием положительной избира-

тельности ребенка: с оформлением предпочтений, привычек, с усвоением правильного порядка вещей, стабильности своей и окружающих, что происходит под эмоциональным контролем взрослого, вносящего смысл в характерные для этого возраста ритуалы взаимодействия с окружением, акцентирующего важные детали, связывающего впечатления. Благодаря этому ребенок сосредотачивается не только на исследовании аффективно значимых для него сенсорных качеств окружающего, но и с не меньшим удовольствием постигает функциональные свойства предметов, их «полезность», осваивает правильные формы поведения. Стереотипы поведения, которые формируются у аутичного ребенка в раннем возрасте, не служат ему основой для развития отношений с окружающими, не становятся опорой для развития речи, обозначающей смысл коммуникативных, игровых и бытовых форм взаимодействия. Напротив, они ограничивают его активность, выполняя преимущественно функцию защиты. Содержание индивидуального опыта ребенка с аутистическим расстройством остается крайне однообразным, часто негативно окрашенным, а соответствующие ему способы установления и поддержания отношений с окружающими – ограниченными, негибкими, напряженными.

Возможность противостоять тенденциям искаженного развития ребенка, преодолевать его выраженные трудности и ранние ограничения взаимодействия с окружением, существует. Психологическая коррекция должна быть направлена, в первую очередь, на формирование основы раннего взаимодействия с ребенком – вовлечение его в совместно разделенное переживание.

Первоочередной задачей является создание особых условий и приемов для установления и развития с ребенком эмоционального контакта. Для этого взрослый должен подключаться к собственной активности ребенка (его аутостимуляции) – к его действиям, диктуемым сенсорным полем, повторениям ритмических движений, звуков, к стереотипным манипуляциям с игрушками, цитированию и т.д. Подключение не означает зеркального воспроизведения того, что делает малыш, или механи-

ческого обеспечения ему искомого сенсорного впечатления – это, прежде всего, внесение эмоционального смысла в то, чем он занят. Эмоциональный комментарий со стороны взрослого включает и накладывание игрового смысла на его действия, и выражение собственного отношения к происходящему, и обозначение удовольствия, которое получает ребенок. Своим участием он разделяет и усиливает это удовольствие, и именно в моменты такого насыщенного тонизирования и запуска «эмоционального заражения» и возникают первые эпизоды эмоционального контакта.

Ориентировка на варианты аутистического дизонтогенеза позволяет точнее определить характер значимых для ребенка впечатлений и не превысить меру его выносливости в организуемом взаимодействии. Кроме того, дифференцированным должен быть подход и к выбору формы аутостимуляции, которую можно использовать в качестве основы для разделенного переживания. Поэтому при диагностике ранних проявлений аутистических тенденций развития нам очень важно определить не только трудности ребенка, но и диапазон его возможностей (способов тонизирования, их качество, допустимость вмешательства в них; пусть ограниченных, но существующих форм взаимодействия с близкими; реакцию ребенка на эмоциональный комментарий, в том числе на появление отсроченной реакции, и т.д.).

Вовлечение ребенка в общее удовольствие и превращение этих эпизодов в повторяемые эпизоды игры постепенно позволяют увеличить его выносливость и активность в контакте, переносить сенсорные впечатления, которые раньше вызывали у него дискомфорт (например, тактильный контакт или пение взрослого), добавлять и акцентировать новые детали взаимодействия, вносить вариации. В ситуациях эмоционального тонизирования усиливаются вокализации, эхолалии ребенка, появляется возможность обращения.

Постепенное усложнение форм совместно разделенного со взрослым переживания отражает закономерные этапы становления индивидуального аффективного опыта: возможность принимать дополнения, эмо-

циональные подробности позитивных впечатлений, выделять «любимое» и «нелюбимое», совместно проживать и осваивать более острые, новые и негативные впечатления, развивать диалог, ориентироваться на эмоциональную оценку другого человека.

Ранняя психологическая помощь детям с аутизмом, нацеленная на профилактику его наиболее тяжелых проявлений, может осуществляться лишь в условиях объединения и одинаковой направленности усилий специалистов и близких ребенка. Обучение родителей наиболее действенным приемам эмоционального заражения, регуляции аффективных состояний малыша, разделению и организации его впечатлений с помощью эмоционально-смыслового комментария является условием развития активности ребенка в контактах с окружением, дифференциации его эмоциональных отношений с близкими, необходимой основой объединения внимания на объекте общего интереса. От степени разработанности этих важнейших составляющих раннего аффективного опыта ребенка, который должен формироваться в ситуациях и игрового, и бытового взаимодействия, зависит возможность облегчения проблем его эмоциональной и социальной адаптации. Это обучение должно проходить уже на первой консультации, когда специалист показывает возможности ребенка во взаимодействии, демонстрирует приемы его эмоционального тонизирования и внесения смысла в его активность, дает родителям рекомендации по организации домашней жизни, намечает перспективу в развитии ранних форм контакта, основанных на эмоциональном заражении.

Литература

1. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся синдроме детского аутизма: дис. ...канд. психол. наук / О.С. Аршатская. – М., 2005. – 256 с.
2. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития в норме и при синдроме детского аутизма / Е.Р. Баенская // Дефектология. – 2010. – № 3. – С. 3–10.

3. Баенская Е.Р. Разделенное переживание – путь терапии детского аутизма / Е.Р. Баенская. – URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-20/razdelennoeperezzhivanie-put-terapii-detskogo?full=1> (дата обращения: 10.07.2017).
4. Бардышевская М.К. Диагностика эмоциональных нарушений у детей / М.К. Бардышевская, В.В. Лебединский. – М.: УМК «Психология», 2003. – 316 с.
5. Лебединская К.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.
6. Лебединский В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В.В. Лебединский, М.К. Бардышевская // Психология аномального развития ребенка. – М.: ЧеРо, 2002. – С. 486–492.
7. Либлинг М.М. Проблема выбора методов коррекционной помощи при аутизме / М.М. Либлинг // Дефектология. – 2015. – № 3. – С. 3–7.
8. Никольская О.С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская. – URL: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-19/korrekcija-detskogo-autizma-kak-narushenija?full=1> (дата обращения: 10.07.2017)
9. Никольская О.С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение / О.С. Никольская. – М.: МГППУ, 2008.
10. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Моск. Ун-та, 1990. – 197 с.

Путилина Н.В. Влияние расстройства аутистического спектра на развитие аффективной системы взаимодействия ребенка / Н.В. Путилина // Сопровождение детей с ОВЗ в условиях социокультурного пространства современного образования в Российской Федерации и в Республике Беларусь. – 2018. – С. 40–42.

Термин «аффект» охватывает широкий круг понятий и феноменов, включающий чувства, эмоции, настроения, мотивацию, некоторые влечения и инстинкты, и используется для указания на них как по отдельности, так и в целом [2]. Под аффективной сферой понимается совокупность переживаний человеком своего отношения к окружающей действительности к самому себе. Аффективная система начинает формироваться на самых ранних этапах развития детей.

Запаздывание развития аффективной сферы, проблемы включения ребенка в налаживающуюся систему аффективной регуляции поведения могут привести к нарушениям эмоционального и социального развития. Одним из таких наиболее тяжелых и сложных нарушений является расстройства аутистического спектра (РАС) – спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов [7].

Дети, имеющие расстройства аутистического спектра, относятся по МКБ-10 к категории «Общие расстройства психологического развития» (F-84). Основными признаками отнесения к данной категории являются качественные отклонения в социальном взаимодействии и показателях коммуникабельности, которые, безусловно, тесно связаны с речевыми проблемами.

Следует также отличать аутизм на его начальной стадии от других нарушений, которые могут его сопровождать.

1. Сенсорные нарушения: слепота и глухота. Известно, что некоторые случаи глухоты сопровождаются поведением психотического ха-

рактера, такими как стремление к уединению и стереотипии. Также существуют аутистические синдромы, сопровождающиеся нарушением слуха. Слепота может также сопровождаться либо симптомами аутистического спектра, либо настоящим аутистическим уходом в себя со стереотипиями и аутостимулирующими движениями.

2. Отсутствие или задержка развития речи так же может привести к тому, что ребенку будет поставлен диагноз аутизм. В частности, следует отграничить аутизм от такого специфического нарушения развития речи и языка как дисфазия. При дисфазии нарушается экспрессивная сторона речи, и иногда страдает понимание речи, тогда как у аутичных детей нарушения речи более глубокие и разнообразные.

3. Эмоциональная депривация и ранние детские депрессии. Эти патологические состояния могут сопровождаться депрессивными синдромами, называемыми в психологии анаклитической депрессией. Данные тяжёлые депрессивные расстройства, как правило, проявляются симптомами аутистического характера, характеризующимися уходом в себя и стереотипными движениями типа раскачивания. Однако эти нарушения, являющиеся следствием депривации, отступают и могут совсем исчезнуть, если ребенок помещен в эмоционально-удовлетворительные условия [5].

В то же время многими исследователями доказана взаимообусловленность процессов овладения языком и становления самосознания. В частности, А.Р. Лурия указывает, что овладевая предметной отнесенностью слова, ребенок отражает во внутреннем мире внешний, или точки своего активного соприкосновения с реальностью [3].

Анализируя отношения между овладением языком и формированием картины мира, Ю.Н. Караулов отмечает что «...детализируя и развивая свою картину мира, человек одновременно овладевает языком, углубляя и делая более гибкой языковую семантику, развивает свою языковую способность или компетенцию» [1, с. 198]. Обращаясь к лингвистике детской речи, А.Е. Староверова подчеркивает, что развитие речи

ребенка отражает усложнение формирующейся у него картины мира, динамику его мировосприятия [6].

Исследователи указывают на то, что лексика детей с расстройствами аутистического спектра действительно отражает изменения в характере взаимодействия с окружающим миром, происходящие при смене проблем аффективного развития. Взаимосвязь процессов овладения языком и формирования картины мира дает возможность подходить к смысловому анализу словаря детей с расстройствами аутистического спектра как к одному из способов отображения характерной для них картины взаимодействия с миром.

По исследованиям Е.М. Мастюковой, на всех стадиях развития дети с аутизмом не используют паралингвистические средства общения, избегают визуального и тактильного контакта. Для них характерна симбиотическая привязанность к матери, недостатки адекватного контакта с детьми (непереносимость или сверхобщительность) [4].

Впечатления, наиболее значимые для детей с выраженными расстройствами аутистического спектра, связаны исключительно с близкими людьми. Вместе с тем у детей, имеющих стереотипные формы взаимодействия, спектр общения значительно уже: дети поглощены разнообразными действиями с предметами обихода. Напротив впечатления от взаимодействия с людьми, предметами у нормально развивающихся детей относительно равномерно распределены по разным сферам.

Исходя из представленных особенностей развития аффективной системы взаимодействия аутичных детей, можно сделать вывод, что процесс общения детей с аутизмомотягощен грубыми нарушениями аффективной сферы. Однако коррекция эмоционально-волевых нарушений обеспечивает развитие у аутичных детей активного и содержательного общения.

Литература

1. Караулов Ю.Н. Русский язык и языковая личность / Ю.Н. Караулов. – М.: ЛКИ, 2012. – 264 с.

2. Корсини Р. Психологическая энциклопедия / Р. Корсини, А. Ауэрбах. – СПб.: Питер, 2013.
3. Лурия А.Р. Речь и развитие психических процессов ребенка / А.Р. Лурия, Ф.Я. Юдович. – М.: АПН РСФСР, 1956.
4. Мастюкова Е.М. Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме / Е.М. Мастюкова // Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст). – М.: Владос, 1997.
5. Никольская О.С. Структура нарушения психического развития при детском аутизме / О.С. Никольская // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2014. – № 18-1. – С. 3–8.
6. Староверова А.Е. Отражение проблем аффективного развития в лексике детей с расстройствами аутистического спектра / А.Е. Староверова // Актуальные проблемы науки и образования: теория и практика. – 2015 – С. 267–275.
7. Щербаткина Л.В. Особенности эмоциональных и поведенческих расстройств у детей с аутистическим спектром поведения / Л.В. Щербаткина // Перспективы развития науки и образования. – М.: МПСУ, 2015. – С. 140–154.

Ирмухамедов Т.Б. К вопросу об особенностях аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами / Т.Б. Ирмухамедов // Депрессия – вызов XXI века. – 2018. – С. 87–89.

Актуальность. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Это особенно важно для детей, страдающих аутистическими расстройствами. Исследования, последовательно развивающие данное направление, показали, что характерные нарушения развития всех психических функций при детском аутизме (первазивные нарушения развития) связаны с первичной дефицитарностью аффективной сферы[4]. Описаны наиболее характерные варианты аутистического дизонтогенеза, отражающие трудности формирования базовых механизмов аффек-

тивной организации поведения и сознания [1,3]. Выделены первые признаки аффективного неблагополучия, дающие возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до очевидного проявления синдрома во всей его полноте, а также определенные сочетания этих признаков, позволяющие предсказать формирование того или иного типа синдрома [2]. При расстройствах аутистического спектра трудности аффективного развития в раннем возрасте предшествуют и обуславливают первазивные нарушения в становлении психических функций [4]. Проблемы детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении способности адекватно реализовать задатки сенсомоторного, речевого, умственного развития в социальном и эмоциональном взаимодействии с близкими и активном освоении среды

Цель исследования: изучить клинико-психологические особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Задачи исследования. На основании клинико-психологических исследований определить особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Провести ретроспективный анализ историй болезни с определением особенностей аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г.Ташкента (ГДПНЦ). Критериями включения в исследование являлось: наличие аутистических расстройств, начало эндогенного процесса в детстве у всех обследуемых больных, стационарное лечение в клинике на момент обследования, возраст от 6 до 10 лет. Больные дети обучались либо в массовой школе, либо в специализированных учебных заведениях, иногда в индивидуальной форме. Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 28 здоровых детей (18 мальчиков и 10 девочек), учеников мас-

совых школ от 6 до 10 лет. Критериями включения в контрольную группу явились: отсутствие обращений в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью, отсутствие эндогенной и психоорганической патологии в анамнезе. В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма был использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Накопление этих расстройств в течение первых двух-двух с половиной лет жизни и оформление их в определенные сочетания, предопределяет формирование вариантов синдрома детского аутизма, различающихся по степени раннего аффективного взаимодействия ребенка с близкими и с окружением в целом. Сравнительный анализ аффективной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. Понимание нормальных возрастных изменений в характере и степени отзывчивости и активности ребенка в отношениях с близкими и через них, с более широким окружением позволяет уточнить характер первичных трудностей при угрозе аутистического развития. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности ребенка в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, постепенно усложнять их структуру. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к тому, что ограниченные позитивные впечатления

остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные не начинают привлекать внимание, а интенсивность негативных, которые преобладают, не может быть уменьшена. Эти трудности усугубляются врожденной невосприимчивостью таких детей во взаимодействиях с социальной и предметной средой, что проявляется, прежде всего, в особой легкости возникновения дискомфорта, порождающего стойкие амбивалентные переживания, фиксированные страхи. Вследствие аффективных расстройств возникают трудности адаптации детей с аутистическими расстройствами, проявляющиеся нарушением эмоционального контакта, ограниченностью способов взаимодействия с близкими, проблемы произвольной организации Ирмухамедов Т.Б. внимания и соответственно формирования совместно разделенных действий, неадекватностью реакций самосохранения, отсутствием исследовательской активности. В контрольной группе особенности аффективной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка – оформлением предпочтений, привычек, усвоением правильного порядка вещей, стабильности себя и окружающих – которое происходит под эмоциональным контролем взрослого.

Выводы. Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития аффективной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами о дефицитарности условий становления его собственного положительного опыта жизни в окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

Литература

1. Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери / Н.Н. Авдеева // Психологическая наука и образование. – М.: МГППУ. – 2006. – № 2 – С. 82–92.

2. Баенская Е.Р. Нарушения аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма / Е.Р. Баенская // Дефектология. – 2008. – № 4. – С. 11–19.

3. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте / Д.Б. Эльконин // Хрестоматия по возрастной психологии. Ч.1. – М.: Российское психологическое общество, 1999. – 360 с.

4. Lovaas O. I. Teaching Developmentally Disabled Children. The ME Book. – Baltimore: University Park Press.

Никольская О.С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская // Альманах «Детский аутизм: пути понимания и помощи». – 2014. – № 19. – С. 1–16.

Детский аутизм рассматривается в настоящее время как особый тип нарушения психического развития, специфика которого обусловлена особенностями биологической дефицитарности ребенка. Характер этой дефицитарности до сих пор недостаточно прояснен, показано, однако, что она имеет системный характер и проявляется не только в нарушении развития высшей нервной деятельности, но и во многих соматических проблемах.

Известно, что биологические причины формирования детского аутизма в своей основе связаны с наследуемой особой конституцией, аномалии которой могут проявляться и усиливаться под воздействием различных патогенных факторов, действующих в период беременности и раннего возраста ребенка.

Не выработано до сих пор общее представление о первичных, наиболее близких биологическим, предпосылках нарушения психического развития при аутизме. По нашему мнению, они заключаются в крайне выраженных проблемах выносливости ребенка, проявляющихся не только в социальных контактах, но и во взаимодействии со средой в целом. Эти проблемы обнаруживают себя не только в снижении

порога дискомфорта ребенка в восприятии интенсивности, новизны или в оценке качества впечатлений, но и в нарушении его способности активно перерабатывать, переформатировать информацию, в том числе, переводить из одной модальности в другую и интегрировать данные разных анализаторов.

Нарушение активности ярко проявляется и в трудностях адаптации к переменам: в нарушении способности ребенка, отслеживая обратную связь, вести диалог с меняющимися обстоятельствами, корректируя концепции и программы поведения. Мы думаем, что именно эти, вкупе проявляющиеся проблемы выносливости, а не отсутствие потребности в общении обуславливают нарушение развития эмоционального контакта, препятствуют продуктивному взаимодействию ребенка с близкими, развитию исследовательского поведения, ограничивают, стереотипизируют и делают фрагментарными его представления об окружающем, мешают свободному применению имеющихся знаний и навыков.

Признание биологической обусловленности нарушения психического развития при аутизме не могут не настраивать многих специалистов и родителей на поиск средств оказания ребенку медицинской помощи. Вместе с тем, при ведущихся многолетних разработках и даже значительном продвижении в этом направлении известно, что возможности просто вылечить такого ребенка в настоящее время не существует. И это накладывает особую ответственность на других специалистов, оказывающих ребенку со столь выраженными проблемами адаптации окружающему, помощь в психическом и социальном развитии.

Среди разрабатываемых психолого-педагогических подходов к помощи ребенку с аутизмом можно выделить два основных направления. Одно из них представляет поведенческие подходы, нацеленные на формирование у ребенка социально приемлемого поведения. В рамках этих подходов ведется разработка средств приспособления среды к адаптационным возможностям ребенка, а также выработка и закрепление форм поведения, навыков коммуникации и социально-

бытовой адаптации, приспособляющих самого ребенка к его окружению. И то, и другое, несомненно, способствует организации более «нормальной» и благополучной социальной жизни ребенка

Так, в ТЕАССН-программе родителям и специалистам предлагаются эффективные способы структурирования среды, облегчающие аутичному ребенку упорядоченное восприятие информации, представляя ему в непосредственном зрительном плане порядок временной последовательности происходящего. Специально продуманная структура среды не только помогает ребенку лучше ориентироваться и понимать, что с ним происходит и что от него требуется, но и способствует организации его поведения. Она ведет за собой ребенка, побуждая его вовремя включиться в нужное действие, вступить в коммуникацию, переходить от одного вида занятий к другому.

Разработанные в этой программе способы организации ребенка с аутизмом достаточно эффективны и активно применяются в работе с такими детьми, делая их значительно более удобными и приемлемыми в социуме. На наш взгляд, однако, значительные успехи в организации ребенка могут иметь и негативные последствия. Используя эти, несомненно, эффективные технологии, необходимо учитывать склонность такого ребенка формировать слишком выраженную зависимость от заданной структуры среды. Созданная внешняя структура, поддерживая ребенка и давая ему большую автономность в социально приемлемом поведении, в то же время отгораживает его от спонтанных контактов с окружением и людьми, т.е., в сущности, поддерживает его отгороженность.

Другое широко известное направление поведенческой терапии детей с аутизмом – АВА (прикладной поведенческий анализ) нацелено на выработку у ребенка полезных навыков коммуникации, бытового и социального взаимодействия. Акцент здесь делается уже не на адаптацию среды к нуждам ребенка, а на его приспособление к ней, с помощью обучения возможно более адекватным навыкам жизни в привычном социуме. Созданные технологии модификации поведения

ребенка также позволяют исключить или, по крайней мере, снизить долю его социально неприемлемых проявлений.

Технология выработки полезных навыков в этом подходе хорошо разработана, принципиальной сложностью, с которой сталкиваются специалисты, является проблема их переноса – присвоения и свободного использования ребенком полученного навыка в новой ситуации. В связи с этой трудностью специалисты стараются отрабатывать навыки непосредственно в той обстановке, в той ситуации, где ребенок сможет адекватно применить их в форме, не требующей трансформации. С целью преодоления механистичности применения ребенком выработанных навыков в развитии методов АВА прослеживается тенденция поиска путей перехода от классических технологий к использованию возможностей обучения ребенка в более естественной ситуации, следуя его собственным стремлениям и желаниям.

В целом, можно сказать, что поведенческие подходы, исходя из признания исходной биологической дефицитарности детей с аутизмом, своей целью ставят использование психолого-педагогических методов приспособления к ней и ребенка, и его окружения.

Другое направление, к которому принадлежим и мы, нацелено на поиск психологических средств, позволяющих ребенку, при всей исходной биологической дефицитарности, стать более «нормальным» в своем психическом и социальном развитии. Для нас это означает поиск условий, позволяющих ребенку стать более выносливым, активным и гибким во взаимоотношениях с людьми и средой. Коррекционная помощь при этом должна противостоять искажению становления его психических функций, направлять их развитие для решения реальных жизненных задач, коммуникации и социализации.

В связи с этим, встает вопрос, существуют ли в действительности какие либо психологические возможности противостояния биологической дефицитарности ребенка. Опираясь на многолетний опыт практической работы, мы берем на себя ответственность утверждать, что такие ресурсы во многих случаях существуют. И эти ресурсы связаны, прежде

всего, с развитием возможно более полноценного эмоционального контакта ребенка и близкого взрослого и достижением возможности вовлечь его в совместно-разделенное переживания.

Потребность в эмоциональном контакте у таких детей, несомненно, существует, однако, обращаясь к раннему развитию детей, позже признанных аутичными, мы видим, что уже на первом году жизни развитие их взаимодействие с близкими серьезно нарушается. В связи с малой выносливостью взрослым трудно к ним приспособиться: согласовать удобный ритм, найти приятную дозу глазного, тактильного, голосового контакта, меру сенсорной стимуляции. При всем желании взрослых, им сложно найти приемлемую для ребенка форму, в которой будет реализовываться взаимное эмоциональное заражение, столь необходимое каждому ребенку для дальнейшего психического развития.

Известно, что обычный малыш подъем активности, требующийся ему для успешного психического развития, получает в эмоциональном общении с близкими. Переживая общее удовольствие, младенец получает опыт эмоционального заражения, а близкие получают возможность модулировать собственные переживания ребенка – развеселить, успокоить, утешить его.

Совместное переживание позволяет близким постепенно усложнять и структурировать разделяемое с младенцем впечатление. С одной стороны, обогащать его разнообразными сенсорными ощущениями, с другой – помогать ему интегрировать эти ощущения, связывая их с определенными людьми, предметами и действиями.

На основе общей заинтересованности в актуализации привлекательных сенсорных свойств предметов происходит объединение внимания ребенка и взрослого, что дает возможность организации совместных действий, т.е. открывает путь развития средств взаимной координации внимания: требований, обращений, указаний. Взрослый передает ребенку опыт восприятия предмета не только как источника сенсорных ощущений, но и как вещи со своей полезной функцией. Уже в период раннего возраста близкие помогают ребенку осмысленно войти в привычный

бытовой уклад общей жизни, интегрируя его впечатления в устойчивый и осмысленный пространственно-временной порядок.

В совместном переживании взрослый очень рано получает возможность помочь ребенку связать и «обезвредить» ощущаемый им дискомфорт или испуг, интегрировав его в нейтральное или даже приятное впечатление. Так, например, испуг ребенка при натягивании на голову узкого ворота свитера может стать для него частью веселой игры в прятки, а резкий звонок – начнет означать приход папы. Таким образом, в норме близкий не только активизирует ребенка, но и становится ведущим организатором его переживаний, формируя их, и, при необходимости, полностью меняя их эмоциональный смысл.

Этот нормальный путь развития сознания маленького ребенка в сопереживании и осмыслении вместе со взрослыми всего происходящего вокруг оказывается мало доступен ребенку с формирующимся синдромом детского аутизма, хотя нуждается он в такой поддержке близких больше, чем любой другой малыш. Он не может компенсировать свою малую выносливость с помощью близких, которым очень сложно, а иногда и невозможно установить с ребенком тесный эмоциональный контакт, чтобы организовать его поведение, регулировать его активность, совместно осмыслять аффективные впечатления. Ребенок не получает помощи, необходимой для осмысленной интеграции отдельных сенсорных впечатлений, для освоения привычного уклада жизни, для формирования интереса к экспериментам; не проходит школы общих эмоциональных оценок.

В условиях малой вовлеченности ребенка в совместно-разделенное переживание нарушается развитие его аффективной сферы, первичное становление которой в норме происходит в раннем возрасте во взаимодействии с близкими.

Аффективная сфера рассматривается нами как развивающаяся система основных адаптивных смыслов, организующих сознание и поведение человека и обеспечивающая:

- наиболее полное и целостное восприятие потока информации и пластичное вписывание субъекта в обстоятельства, оптимально обеспечивающее ему комфорт и безопасность;
- избирательность, опредмечивание потребностей, разработку и закрепление привычно воспроизводимых форм жизни, обеспечивающих их удовлетворение;
- исследование, диалог и достижение цели в неопределенных обстоятельствах;
- ориентацию на эмоциональные оценки другого человека, развитие произвольных форм поведения, руководство социальными нормами и правилами (О.С. Никольская, 2008).

Известно, что у аутичного ребенка нарушено развитие базовых основ организации отношений со средой. Характерны неадекватность поведения самосохранения, нарушения развития индивидуальной избирательности, отсутствие исследовательского поведения, трудности социального развития, в том числе, развития способности понимать переживания другого человека.

Нарушение возможности реально решать эти основные жизненные задачи делает для аутичного ребенка особенно значимыми процессы аутостимуляции. Это ведет к искажению развития его психических функций, становление которых происходит не столько в русле решения реальных жизненных задач, сколько для обеспечения нужд аутостимуляции. При этом и сами ее приемы фиксируются ребенком в стереотипной форме, отражая его трудности свободной активной разработки отношений со средой.

Выделенные нами 4 группы аутизма соответствуют разной его глубине и качеству, разной степени нарушения аффективного развития и дефицитарности в решении базальных адаптивных задач

Мы видим тесную и очень конкретную связь логики аффективного и когнитивного развития ребенка. Работая с детьми с разной глубиной аутизма и, соответственно, с разной степенью нарушения аффективного развития.

Выделенные нами 4 группы аутизма соответствуют разной его глубине и качеству, разной степени нарушения аффективного развития и дефицитарности в решении базальных адаптивных задачи видим, что начать говорить мутичный ребенок может только, если у него формируется избирательность и складываются устойчиво воспроизводимые формы жизни. Тогда ему есть к чему привязать слово, и пополнение словарного запаса начинает отражать степень дифференциации, детализации и порядок его жизненного уклада. И, точно так же, развернутая речь, сюжетная игра, возможность выделять и прослеживать причинно-следственные связи, целенаправленно сосредотачиваться на решении задачи начинают развиваться с появлением у ребенка возможности не испытывать паники при нарушении привычного порядка, с интересом воспринимать новизну, рассматривать препятствие не как катастрофу, а как задачу «на преодоление», решить которую вполне возможно. Так же и развитие произвольных психических функций обусловлено складывающимся уже в раннем возрасте опытом эмоционального сопереживания, отслеживания и ориентации на реакции близкого.

Возможность ребенка оценивать происходящее с точки зрения другого человека тоже обусловлена вовлечением его в процесс совместно-разделенного переживания.

Таким образом, мы хотим сказать, что двигателем становления когнитивных функций, освоения средств коммуникации, социальных навыков аутичного ребенка является развитие его аффективной сферы, которое происходит в совместно разделенном переживании малыша и близкого ему взрослого. Ребенка с аутизмом можно научить многому, но реально освоить и пользоваться выученными знаниями и навыками он сможет, если мы поможем ему научиться принимать жизненные задачи, требующие этих инструментов для своего разрешения, т.е. если ребенку будет обеспечена помощь в развитии системы адаптивных смыслов, побуждающих его ко все большей активности во взаимоотношениях с миром.

Опираясь на закономерности нормального аффективного развития в раннем возрасте, мы используем в коррекционной работе естественную и гибкую форму взаимодействия взрослого с ребенком, которая базируется на эмоциональном заражении, и предполагает развитие разделенного переживания.

В совместно-разделенном переживании мы получаем возможность повысить активность ребенка, помочь ему осмыслить и структурировать переживаемые вместе впечатления. При этом важно не форсировать события и не пропускать необходимых «ступеней» в развитии аффективной сферы. Так, ни произвольность, ни целенаправленная деятельность не могут развиваться без опоры на уже достаточно сложившийся привычный уклад жизни ребенка. А сам уклад, развитие индивидуальной избирательности ребенка не может осуществиться без развития его способности воспринимать приятные впечатления и выделять и фиксировать некоторые из них.

В связи со сказанным выше, исходной задачей коррекционной работы для нас является установление эмоционального контакта с ребенком.

Потребность в таком контакте у него существует, и, в свою очередь, существуют проверенные, подтвержденные опытом работы многих специалистов, приемы привлечения к себе ребенка с аутизмом.

Известно, что даже глубоко аутичные дети начинают приближаться к незнакомому человеку, если тот первоначально не форсирует установление контакта, и позволяет ребенку самому его дозировать, выбирать дистанцию; если он учитывает возможность сенсорного дискомфорта и старается не связывать себя с ним; если не стремится с самого начала руководить ребенком и активно направлять его внимание. Именно такой подход к ребенку помогает ему принять нас.

Препятствующая установлению контакта малая пластичность аутичного ребенка обязывает нас компенсировать это своей пластичностью. Необходимо постепенное подключение взрослого к тому, что делает сам малыш, даже, если это преимущественно полевое поведение.

Ребенок становится внимательнее к взрослому, если тот следует за ним взглядом, прислушивается и воспроизводит звуки, на которые тот реагирует, повторяет его движения и действия. На этом фоне возникает глазной и тактильный контакт, мимолетное взаимодействие, которое позволяет ребенку получить опыт удовольствия, разделенного со взрослым, и подкрепить им зарождающийся эмоциональный контакт. В зависимости от глубины аутизма общими могут стать как самые простые сенсорные радости, связанные с движением, ритмами, тактильными, вестибулярными, зрительными впечатлениями, с приятными звуками, так и более сложные действия, игры и рассуждения ребенка, связанные с его пристрастиями, которые могут быть достаточно стереотипными.

Вовлечение ребенка в общее удовольствие позволяет нам тонизировать его, а значит, постепенно сделать не только более устойчивым в контакте, но и более выносливым к сенсорному дискомфорту. Часто высказываются опасения, можно ли нагружать столь раннего ребенка активной сенсорной стимуляцией. Безусловно, выбор характера стимуляции индивидуален, и интенсивность даваемых ребенку впечатлений также должна индивидуально дозироваться. Вместе с тем, опыт показывает, что мы не должны быть и слишком осторожны. Вовлекаясь в эмоциональное сопереживание и начиная дорожить им, ребенок становится более терпеливым к интенсивности приятных ощущений, постепенно начинает позволять их разнообразить, включать в общую игру даже впечатления ранее однозначно оцениваемые как неприемлемые, например, голос или пение другого человека.

Разделенные со взрослым стереотипные занятия и даже полевое поведение перестают быть для ребенка только средством аутостимуляции и защиты от внешнего вмешательства. Присоединяя свое внимание к вниманию ребенка, и осторожно включаясь в его действия, мы ищем возможность втянуть его в самые простые формы коммуникации и взаимодействия: переглянуться, выглядывая из-за стола, прыгнуть на руки, поймать летящий мыльный пузырь. На фоне повышения активности можно рассчитывать на появление даже у мутичного ребенка ста-

бильно повторяющейся вокализации, повторения за взрослым возгласов, эмоционально заряженных слов, сопровождающих игровое взаимодействие. Результатом такой работы становится ослабление негативизма, отстраненности, принятие взрослого и увеличение пластичности ребенка в контактах.

По возможности закрепляя эти разделяемые с ребенком приятные впечатления, взрослый получает возможность начать обогащать и разнообразить их, превращая в совместную игру. Как правило, она становится привлекательной для ребенка, и появляется возможность воспроизводить ее, уже не применяясь к случаю, а в формируемом стереотипе занятия. Существуют эффективные средства его выстраивания, в том числе, с опорой на внешнюю пространственно-временную структуру занятия, помогающие скрепить и объединить отдельные эпизоды игрового контакта в целостно осмысленное игровое взаимодействие. Таким образом, постепенно вырабатываются относительно более устойчивые формы взаимодействия, внутри которых ребенок может почувствовать себя более выносливым.

Параллельно развитию устойчивых и воспроизводимых форм взаимодействия с ребенком решаются задачи их смыслового развития. Например, при опоре на сенсорное удовольствие от игры с водой идти к осмыслению этой же игры как купания малыша под душем, или плещущихся в море рыбок и т.п. То есть введение в совместное переживание эпизодов происходящего в реальной обыденной жизни малыша, связанных с окружающими его вещами, действиями, привычными ритуалами, входящими в уклад жизни его семьи.

Эта работа направлена на совместное формирование индивидуального положительного аффективного опыта ребенка, в котором складываются и подтверждаются его ощущения стабильности, надежности окружения и своих проявлений в нем. Как известно, в норме это происходит в раннем детстве как интенсивное развитие положительной избирательности – оформление предпочтений, вкусов, привычек, усвоение надежного порядка вещей, стабильности себя и окружения. Взрослый,

помогает осмыслить и упорядочить впечатления и переживания малыша, соответствующие возрасту ритуалы взаимодействия с окружением. Благодаря этому, ребенок сосредотачивается не только на исследовании аффективно значимых для него сенсорных качеств окружающего, но и с не меньшим удовольствием постигает функциональные свойства предметов, их «полезность», осваивает правильные формы поведения. В работе с аутичным ребенком необходимо вернуться к этому раннему периоду развития, который до сих пор не был им успешно пройден.

Показательно, что именно в этот важнейший период аффективного развития ребенка и происходит оформление синдрома детского аутизма. Аутичный ребенок, имеющий глубокие нарушения аффективного взаимодействия с ближайшим окружением, оказывается несостоятельным в развитии форм индивидуальной адаптации; его опыт остается ограниченным, стереотипным и преимущественно негативно окрашенным. Это связано, как мы полагаем, не только с его исходной малой выносливостью, но и с отсутствием ориентации на основной источник расширения области позитивных впечатлений ребенка, которым в норме является эмоциональная оценка близкого взрослого.

Поэтому разработка и расширение индивидуального аффективного опыта остаются актуальными на протяжении всего времени организации психологической помощи детям с любой формой аутизма. Это достигается введением взрослым все новых подробностей происходящего, но не формальных, а эмоционально окрашенных. Для того чтобы их восприятие стало достоянием аффективного опыта самого ребенка, они должны передаваться через эмоциональное заражение, несущее положительную оценку, задаваемую, прежде всего, интонацией и вербально обозначаемую взрослым. Таким образом, взрослый первоначально должен разделить и усилить удовольствие, которое получает ребенок, обозначить качество этого позитивного переживания, акцентировать его значимые подробности, «заразить» своим отношением, то есть наполнить его эмоциональным смыслом.

Лишь после достаточно тщательной разработки, детализации положительного индивидуального аффективного опыта ребенка, освоения им привычного уклада жизни как приятного и предсказуемого, можно обращаться к совместному освоению моментов нарушения порядка. Только на этой основе они смогут быть восприняты ребенком как интересные, смешные, как любимые всеми обычными детьми «приключения». Этот шаг в развитии индивидуального аффективного опыта во взаимодействии с ребенком проявляется в появлении возможности организации совместной сюжетной игры, освоения более острых и негативных впечатлений, возможности оказания помощи в преодолении страхов и агрессивных тенденций.

Совместное освоение уклада повседневной жизни ребенка предполагает также не только помощь ему в развитии индивидуальной избирательности и стабильного, предсказуемого порядка. Совместно разделенное переживание изначально включает эмоциональные акценты, задаваемые взрослым, его оценки качества происходящего не только как приятного, веселого, интересного, смешного, но и как хорошего, похвального, правильного. Т.е. на основе общей разработки и осмысления уклада жизни появляется возможность помочь ребенку в организации социально ориентированных форм поведения, в итоге дающая ему способность с готовностью и даже с удовольствием отказаться от достижения приятного ради соответствия ожиданиям близкого, ради того, чтобы быть «хорошим». В развитии аффективной сферы этот шаг связан с формированием наиболее сложной, иерархической структуры переживания.

Описываемая выше работа не может быть эпизодической, ребенок с аутизмом для успешного развития нуждается в многолетней поддержке, акценты которой меняются на разных этапах его возрастного развития. Основой для индивидуальных коррекционных занятий с дошкольником может стать общая игра, рисование, или прогулка. Важно также отметить, что одних занятий маленькому ребенку с аутизмом недостаточно, ему требуется постоянное специальное внимание близких в до-

машних условиях, их эмоциональный комментарий, позволяющий ребенку постепенно детализировать и все более сложно осмысливать уклад привычной жизни. И здесь, развитию совместно осмысленного взаимодействия, безусловно, могут помочь приемы внешней пространственно-временной организации среды, отработки социальных и бытовых навыков, нужных ребенку способов коммуникации. Ребенок легче схватывает и свободнее использует к месту и вовремя предлагаемые ему образцы правильного поведения, и в этом ему способствует сам естественный уклад домашней жизни.

Наряду с помощью в создании «правильных» образцов поведения необходима поддержка в развитии уровня притязаний. В готовности отказать ото всего, как и согласиться со всем, или «уперто» настаивать на своем тоже проявляется нарушение аффективного развития такого ребенка. Часто он не умеет принимать помощь, не может играть, потому что для него не актуален выигрыш, или он не умеет проигрывать, легко отказывается от работы, показавшейся ему слишком трудной. С таким ребенком требуется коррекционная работа, дающая ему, с одной стороны, возможность поверить в свою успешность, а с другой – сформировать адекватный уровень притязаний. Так, например, в ходе игрового взаимодействия мы постепенно даем ребенку понять, что проиграть один раз – не страшно, потом можно отыграться. А пережить неудачу ребенку легче, если он знает, что «над этим надо поработать – и все получится», или, что «надо немного подрасти, чтобы справляться с такими задачами».

Ребенку с аутизмом может понадобиться и специальная педагогическая помощь. Поскольку слабым местом такого ребенка длительно остается адаптация к меняющимся и неоднозначным условиям, в младшем школьном возрасте ему необходим опыт конструктивного восприятия различно сформулированных инструкций, введения новых параметров в уже освоенный тип задач.

На протяжении всего школьного возраста необходима поддержка ребенка в освоение опыта рассмотрения происходящего с разных точек

зрения, оценки события или высказывания в разных смысловых контекстах, формирование внимания к возможной неоднозначности, подтексту и многоплановости человеческих отношений и поддержание интереса к внутреннему миру людей. Подобная коррекционная работа может реализовываться на основе совместного чтения и совместных попыток разобраться в человеческих отношениях. И здесь коррекционная работа должна вестись не только специалистами, но и его близкими,

Заключая, необходимо подчеркнуть, что помощь в аффективном развитии является ключевой, решающей задачей в коррекционной работе с аутичным ребенком. Мы уверены, что без развития активных осмысленных отношений с окружением, которые могут реализоваться только в контакте с другими людьми в совместно разделенном переживании, аутизм не может быть преодолен.

Литература

1. Никольская О.С. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг и др. – М.: Полиграф Сервис, 2003. – 231 с.
2. Баенская Е.Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития: методическое пособие / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Экзамен, 2004. – 127 с.
3. Баенская Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма: дис. на соиск. уч. степени доктора психол. наук / Е.Р. Баенская. – М., 2008. – 240 с.
4. Баенская Е.Р. О коррекционной помощи аутичному ребёнку раннего возраста / Е.Р. Баенская // Дефектология. – 1999. – № 1. – С. 45–54.
5. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е.Р. Баенская. – М.: Теревинф, 2007. – 112 с.

6. Баенская Е.Р. Психологическая коррекция аффективного развития детей с аутизмом / Е.Р. Баенская // Мир образования – образование в мире. – 2008. – № 3. – С. 202–207.
7. Баенская Е.Р. Ранние этапы аффективного развития в норме и патологии: учебное пособие / Е.Р. Баенская. – М.: УРАО, 2001. – 84 с.
8. Брунер Дж. Психология познания / Дж. Брунер. – М.: Прогресс, 1977. – 412 с.
9. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии / Л.С. Выготский // Соч. в 6 т. – М.: Педагогика, – 1984. – Т. 4. – С. 243 – 385.
10. Выготский Л. С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика-Пресс, 1996. – 533 с.
11. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. – М.: Просвещение, 1995. – 524 с.
12. Выготский Л.С. Психология развития ребенка / Л.С. Выготский. – М.: Смысл, Эксмо, 2003. – 512 с.
13. Гилберт К. Аутизм: медицинское и педагогическое воздействие / К. Гилберт, Т. Питерс. – М.: Владос, 2005. – 144 с.
14. Лебединский К.С. Дети с нарушениями общения / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Просвещение, 1989. – 95 с.
15. Никольская О.С. Аутичный ребенок: Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 1997. – 341 с.
16. Никольская О.С. Аффективная сфера как система организации сознания и поведения при нормальном и аномальном развитии: дис. ...док. психол. наук / О.С. Никольская. – М., 1999. – 389 с.
17. Никольская О.С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение / О.С. Никольская. – М.: МГППУ, 2008. – 464 с.
18. Никольская О.С. Аффективная сфера человека: Взгляд сквозь призму детского аутизма / О.С. Никольская. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 362 с.

19. Никольская О.С. Особенности психического развития и психологической коррекции детей с ранним детским аутизмом: дис. ...канд. психол. наук / О.С. Никольская. – М., 1985. – 208 с.

20. Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию / Т. Питерс. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. – 192 с.

21. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА / Р. Шрамм. – М.: Рама Паблишинг, 2013. – 208 с.

22. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е. Р. Баянская, М. М. Либлинг. – М.: Моск. Ун-та, 1990. – 197 с.

Семаго Н.Я. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с РАС / Семаго Н.Я., Соломахина Е.А. // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15. – № 1. – С. 4–14

Аннотация. В статье рассматриваются основные проблемы, возникающие при обучении и адаптации в среде сверстников детей школьного возраста с расстройствами аутистического спектра. Обосновывается необходимость длительного психолого-педагогического сопровождения аутичного ребенка в образовательной организации. Перечислены основные задачи деятельности специалистов сопровождения – психолога, учителя-логопеда, учителя-дефектолога, тьютора, социального педагога и координатора по инклюзии (методиста), создающих условия и сопровождающих процесс образования детей с аутистическими расстройствами.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, психолого-педагогическое сопровождение, социальная и образовательная адаптация, инклюзивное образование

Еще пять-семь лет назад трудно было представить, что большинство детей с расстройствами аутистического спектра будут реально рассматриваться как участники процесса инклюзивного образования, а учи-

теля обычных школ будут запрашивать на курсах повышения квалификации информацию об особенностях РАС. Реальностью на сегодняшний день является то, что во многих школах дети с аутистическими расстройствами обучаются вместе со сверстниками, имеющими другие проблемы, или просто с обычными сверстниками. Но, несмотря на достигнутые в этой сфере успехи, существует много проблем, связанных собственно с социальной и образовательной адаптацией детей с РАС, что и определяет необходимость длительного и специфичного психолого-педагогического сопровождения.

Имеющийся на сегодняшний день практический опыт обучения детей с РАС показывает, что для этой категории детей должны быть разработаны и внедрены не только различные модели обучения, позволяющие максимально реализовать право на получение качественного и адекватного возможностям и способностям образования и «высвобождающие» потенциал этих детей, но и целостная система психолого-педагогического сопровождения.

В настоящее время разработаны примерные адаптированные основные образовательные программы для детей с РАС (варианты 8.1; 8.2; 8.3; 8.4), внутри которых «зашит» и коррекционный компонент. Наиболее перспективной формой школьного обучения ребенка с РАС представляется постепенное индивидуально дозированное и специально поддерживаемое включение в группу или класс детей с отсутствием или меньшей выраженностью проблем коммуникации, возможности которых на данном этапе оцениваются как сопоставимые с его собственными возможностями обучения. Разработанные методы специальной помощи детям с аутистическими расстройствами должны быть максимально использованы в процессе индивидуальной психолого-педагогической поддержки их инклюзии в группах детей. Именно поэтому вопросы адекватного адресного психолого-педагогического сопровождения ребенка с РАС сегодня являются крайне актуальными.

Основными особенностями детей с РАС, препятствующими их социальной адаптации и обучению в среде сверстников, являются:

- выраженные трудности социально-эмоционального взаимодействия;
- трудности организации собственной деятельности и поведения, поведенческие нарушения, выраженные в разной степени;
- выраженная неравномерность и специфика развития психических функций, специфика развития познавательной деятельности в целом;
- трудности в установлении продуктивного взаимодействия с окружающими;
- необходимость в специально организованном образовательном пространстве, использовании специальных приемов и методов при обучении и психолого-педагогическом сопровождении детей с РАС.

Варианты аутистических расстройств

Детский аутизм в настоящее время рассматривается как особый тип нарушения психического развития. У всех детей с аутизмом нарушено развитие средств и навыков коммуникации и социально-эмоциональное развитие. Общими для них являются аффективные проблемы и трудности становления активных взаимоотношений с динамично меняющейся средой, которые определяют их установки на сохранение постоянства в окружающем и стереотипность собственного поведения. Вместе с тем популяция таких детей, в том числе и в школьном возрасте, чрезвычайно неоднородна. В связи с этим говорят не об аутизме как таковом, а о «линейке» расстройств аутистического спектра.

Ребенок с аутистическим расстройством может быть и автономен, и иметь стойкие страхи и стереотипии; совсем не пользоваться речью, или пользоваться простыми речевыми штампами, или же иметь богатый словарь и развернутую, не по возрасту сложную фразовую речь. У большинства таких детей диагностируется выраженная неравномерность (или неравномерная недостаточность) в развитии психических функций, существуют также аутичные дети, интеллектуальное развитие которых достаточно трудно оценить за короткое время. Нередки случаи, когда дети с выраженным аутизмом проявляют избирательную одаренность – это может быть особая музыкальность, абсолютная грамотность,

математические способности и т.п. Кроме того, картина трудностей и возможностей ребенка с аутизмом к школьному возрасту значительно различается в зависимости от того, получал ли он адекватную помощь специалистов, в том числе и врачебную. Вовремя начатая и правильно организованная психолого-педагогическая помощь позволяет сформировать коммуникативные навыки уже в дошкольном возрасте, но они как бы «ломаются» в новой для ребенка и непредсказуемой школьной ситуации, их необходимо выстраивать заново.

Вследствие неоднородности состава этой категории детей диапазон различий в требуемом уровне и содержании начального (и тем более общего) образования должен быть максимально широким, соответствующим возможностям и потребностям всех детей. Эти требования и отражены в разделах ФГОС для детей с ОВЗ.

Таким образом, говоря о детях с РАС, мы будем иметь в виду нарушения аффективно-эмоциональной сферы, приводящие к искажению всех пропорций психического развития. В специальной психологии эта категория нарушений относится к различным вариантам искаженного развития.

На сегодняшний день выделяются две основные группы искаженного развития:

- искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы (4 группы раннего детского аутизма, по классификации О.С. Никольской). Эта классификация основана на авторской модели аффективной организации поведения и сознания [4; 5; 6];
- искажение преимущественно когнитивной сферы (атипичный или процессуальный аутизм).

Совершенно очевидно, что в каждом из вариантов ребенок будет проявлять специфические особенности поведения и развития как аффективной, так и познавательной, и регулятивной сфер. Но при этом в целом можно выделить основные направления деятельности специалистов сопровождения и очертить специфические задачи, стоящие перед ними.

Деятельность специалистов, сопровождающих детей с РАС

Деятельность психолога.

Психолог является основным носителем представлений об особых образовательных и социальных потребностях ребенка, он консультирует и сопровождает деятельность других специалистов – учителя, тьютора, логопеда.

Ребенок с РАС в обычной школе имеет огромные трудности именно при социально-эмоциональной адаптации, и поэтому ему необходима специфическая психологическая помощь. Задачи психолога здесь многообразны, перечислим основные:

- формирование границ взаимодействия;
- помощь в организации обучения (в ситуации отсутствия тьюторского сопровождения) – в рамках фронтального обучения;
- формирование коммуникативных навыков в стереотипных ситуациях и их гибкое изменение;
- индивидуальная работа с ребенком, направленная на формирование представлений о себе и других (формирование модели психического);
- формирование функций программирования и контроля;
- работа с семьей и координация ее взаимодействия со специалистами;
- работа со сверстниками ребенка (с классом или мини-группой).

Последняя задача требует разработки методов групповой работы по формированию межличностного взаимодействия, занятий с психологом по формированию коммуникативных навыков, навыков взаимодействия детей в классе, включая и самого ребенка с РАС.

Именно психолог помогает ребенку в формировании границ коммуникаций, выстраивая простые отношения с детьми и взрослыми с учетом определенных правил поведения, не нарушающих интересов другого человека. Различные, в том числе простые игровые способы и приемы взаимодействия, помогают детям с РАС почувствовать границы взаимо-

действия и соблюдать определенную дистантность в коммуникациях. Как правило, со взрослыми эти отношения выстраиваются проще.

Лишь после того как такие простые отношения с детьми и учителем станут для ребенка с РАС возможны (в рамках достаточно повторяющихся ситуаций), можно разворачивать работу по формированию навыков взаимодействия и коммуникативных навыков в детской среде в целом. Такая работа предполагает использование в классе методов групповой работы.

Часто у детей с РАС даже простые отношения со сверстниками устанавливаются значительно труднее, чем со взрослыми. Общение не может автоматически наладиться со временем, и в лучшем случае остается на уровне беготни, которая не только перевозбуждает ребенка, но и вызывает у него дискомфорт и тревогу. Поэтому объем таких контактов с другими детьми должен быть достаточно дозирован, а общение четко организовано в рамках стереотипа урока и перемены. На начальных этапах адаптации очень важно не допустить возникновения конфликтных ситуаций и закрепления негативных эмоциональных реакций у ребенка с РАС. В этот же период должна начинаться работа по развитию у ребенка представлений о себе и о других, в частности, по формированию модели психического, что предполагает понимание ребенком с РАС того, что другой человек имеет иные, чем у него, мысли, чувства и желания.

Лишь после того как подобные отношения с другими детьми и учителем станут для ребенка возможны (при повторяющихся ситуациях урока или структурированной перемены, похода в столовую или на прогулку), можно постепенно расширять коммуникативные умения ребенка с РАС и переходить к организации взаимодействия детей на различных малоструктурированных мероприятиях – праздниках, экскурсиях и т.п.

Работа психолога с родителями ребенка с РАС строится с учетом понимания тех трудностей, с которыми сталкивается семья, и на понимании специфики конкретного варианта аутистического расстройства. С другой стороны, психолог обсуждает с родителями возможно-

сти как основной (в школе), так и дополнительной (вне ее стен) помощи, в том числе и медицинской. В своей работе психолог использует различные психо-коррекционные технологии. В ряде случаев целесообразно именно этот вид работы передать специалистам ППМС центра в рамках сетевого взаимодействия.

Деятельность учителя-дефектолога.

Главными задачами учителя-дефектолога при работе с детьми с РАС являются:

1. Создание адекватно организованной среды, которая становится основным способом коррекционного воздействия при работе с ребенком. Стереотипная форма существования для него остается наиболее доступной и обеспечивает снижение беспокойства, страхов, помогает правильно и эффективно организовать и структурировать деятельность. Все пространство необходимо зонировать в соответствии с выполняемыми видами деятельности: зона обучения, игровая зона, зона отдыха и т.п.

2. Организация и визуализация времени. Для детей с РАС очень важна «разметка» времени. Регулярность чередования событий дня, их предсказуемость и планирование предстоящего помогают лучше понимать начало и окончание какой-либо деятельности. Отсюда им легче переживать то, что было в прошлом, и дожидаться того, что будет в будущем. Здесь широко используются различного вида расписания, инструкции, календари, часы.

3. Структурирование всех видов деятельности. Основное направление работы здесь – это формирование у детей в дошкольном возрасте продуктивной деятельности и навыков взаимодействия и формирование стереотипа учебного поведения в школьном возрасте. При специально организованном обучении ребенку необходимо овладеть многими социальными компетенциями, которыми обычные его сверстники овладевают практически самостоятельно. Описанные выше задачи будут решаться и другими специалистами школы, в первую очередь педагогом класса, но именно дефектолог организует эту ра-

боту в качестве коррекционной и переносит приемы работы в учебную деятельность ребенка.

4. Преодоление неравномерности в развитии. Данная задача решается посредством использования специальных методик и программ, а также применением специальных и специфических методов, способов и приемов обучения (например, альтернативная и облегченная коммуникация, глобальное чтение). При работе необходимо учитывать следующее: преобладание наглядных средств преподнесения материала; рациональное дозирование информации; адекватный возможностям восприятия темп подачи материала; использование адаптированных текстов; вариативность уровня сложности заданий.

5. Организация режима коммуникативного общения. Особое внимание должно уделяться работе над расширением словарного запаса и развитием понятийной стороны речи. Детям необходимо подробно объяснять смысл заданий, а также то, что от них ожидается. Следует проговаривать с ребенком с РАС все события дня, важные моменты жизни. Коммуникацию необходимо сделать как можно более конкретной и неотъемлемой частью жизни. Если у ребенка при выполнении задания возникают большие трудности, рекомендуется использовать визуальную поддержку (фотографии, пиктограммы).

6. Сопровождение образовательного процесса. Данный вид деятельности имеет несколько направлений: а). Составление индивидуального учебного плана. Совместно с другими специалистами службы сопровождения и законными представителями учащегося в начале учебного года разрабатывается индивидуальный план работы. Сроки его реализации могут варьироваться от одного месяца до полугода, но не больше. б). Мониторинг прогресса учащегося. Это дает возможность регулярно отслеживать динамику достижений ребенка в образовательной и социальной областях и своевременно вносить коррективы в намеченную деятельность. Учителю-дефектологу необходимо заботиться о том, чтобы рекомендации, разработанные школьным консилиумом, соблюдались всеми участниками образовательного процесса. в). Помощь ре-

бенку в освоении программного материала и ликвидация пробелов. Этот вид деятельности осуществляется преимущественно на индивидуальных коррекционных занятиях. г). Освоение учащимся программного материала в индивидуальном режиме или в рамках работы малой группы (при значительных трудностях овладения в классно-урочной форме). д). Организация процесса включения учащихся в классно-урочную форму.

7. Социально-бытовая адаптация. Все полученные умения и навыки необходимо закреплять и переносить в различные жизненные ситуации. Работа по улучшению социальной адаптации должна идти в тесном взаимодействии с педагогом и родителями ребенка. Помощь ребенку с РАС учителем-дефектологом оказывается до тех пор, пока ребенок в ней нуждается. Положительным результатом работы может считаться тот момент, при котором ребенок все меньше нуждается в развернутой помощи. С ростом его самостоятельности сопровождение дефектолога сводится к минимуму помощи и поддержки. Результат всегда индивидуален и в каждом конкретном случае зависит от потенциальных возможностей ребенка, которые развиваются в процессе воспитания и обучения.

Деятельность учителя-логопеда

Задачи деятельности логопеда как специалиста сопровождения также чрезвычайно разнообразны. С одной стороны, ребенок с РАС может иметь и признаки фонетико-фонематического недоразвития, и особенности звукопроизношения, что требует специальной, хорошо разработанной в логопедии коррекционной работы. С другой стороны, речь такого ребенка чрезвычайно специфична. Это касается всех ее аспектов – от темпово-мелодической до трудностей понимания письменной речи.

1. Работа над просодической стороной речи, ее мелодическими и ритмическими компонентами неотрывно связана с пониманием речи.

2. Другим направлением деятельности логопеда является специально организованная работа над пониманием сложноорганизованной устной речи и над пониманием прочитанного материала. Мы хорошо знаем, что даже если ребенок с РАС читает достаточно бегло, обычно

читает он крайне монотонно, не соблюдая знаков препинания и границ предложения, что является одной из причин трудностей понимания прочитанного. Работа логопеда по формированию навыков интонированного осмысленного чтения в большой степени будет содействовать учебной адаптации ребенка с аутистическим расстройством.

3. Помимо этого, важная часть работы логопеда – формирование у ребенка коммуникативной стороны речи, умения работать в режиме диалога, отвечать на поставленные вопросы по существу, развитие у ребенка умения поддерживать диалог и даже инициировать его. Понятно, что над коммуникативной стороной речи работает не только логопед. Но поначалу именно он на своих занятиях будет способствовать созданию определенных коммуникативных стереотипов, которые в последующем ребенок с помощью психолога и учителя сможет переносить в более широкие коммуникативные ситуации.

4. Как и любой другой ребенок, ребенок с аутистическими расстройствами может иметь трудности дисграфического характера. Чаще всего такой ребенок достаточно грамотно пишет, но никак не может применить правило в отношении даже правильно написанного слова или текста. Многие практические работники считают, что часто такие дети имеют так называемую врожденную грамотность, и именно анализ правила, по которому написано то или иное слово или выражение, оказывается для них крайне затруднительным. Здесь важно, чтобы логопед объяснил ситуацию педагогу, а тот, в свою очередь, не «переборщил» с требованием применения правил.

5. При необходимости с ребенком может проводиться работа по формированию фонетико-фонематического восприятия, что также будет отражаться на развитии письменной речи.

6. Коррекция звукопроизводительной стороны речи не является задачей первой необходимости, часто именно эта работа логопеда вызывает негативные реакции ребенка, особенно если она требует с ним тактильного взаимодействия.

Деятельность тьютора

Особенности развития произвольных форм деятельности ребенка с аутистическими расстройствами, в частности, произвольного или разделенного внимания (концентрации внимания на совместной деятельности), произвольного сосредоточения, трудности такого процесса как подражание создают необходимость разработки специальных тактик в организации процесса обучения. В учебной ситуации такой ребенок испытывает множество затруднений. В этом случае на первых порах ребенка обязательно должен сопровождать тьютор, а если у него значительные трудности при организации своего поведения, то тьютор сопровождает ребенка на протяжении учебного года (при условии рекомендаций ПМПК).

Деятельность тьютора – организация учебного поведения. Именно тьютор, не «приклеиваясь» к ребенку и не заменяя собой учителя, помогает ему сориентироваться и в пространстве тетради, и в последовательности необходимых действий, он повторяет инструкции педагога, снимая тем самым трудности восприятия фронтальных заданий. На первых этапах тьютор становится для ребенка своеобразным проводником и переводчиком, помогая в организации учебного поведения и учебного пространства. В то же время, определенными приемами, позволяющими структурировать деятельность и тем самым формировать учебные стереотипы, должен владеть и сам педагог. Эти приемы общей организации деятельности должны им четко осознаваться, и именно им следует уделять особое внимание. Для того чтобы аутичный ребенок постепенно мог приспособиться или адаптироваться к ситуации обучения, она должна быть максимально структурирована. Эта структурированность (как основа организации определенных стереотипов) необходима не только на уроке, но и на перемене, в столовой, на прогулке. Тут также трудно обойтись без помощи тьютора, который, с одной стороны, организует проведение перемены для ребенка и других детей, а, с другой стороны, помогает в формировании у детей стереотипов социального поведения. Часто именно в этих ситуациях происходит знакомство

с нормами социального взаимодействия, коммуникации со сверстниками и взрослыми, от самых простых: как попросить тот или иной предмет, заинтересовавший ребенка, как ответить на заданный вопрос, самому о чем-то спросить и т.п. Эта работа может проводиться совместно с психологом. Отдельная задача в организации учебной деятельности ребенка – это работа над созданием внешних маркеров и правил жизни в классе и на уроке в частности. Самый главный внешний маркер изменений последовательности действий и уроков – расписание. Оно должно быть видно ребенку: хорошо, если на стене около доски висит полное расписание уроков и занятий во второй половине дня на все дни недели. Это легко организовать в любом классе. Такая подсказка делает жизнь аутичного ребенка более предсказуемой и в учебной жизни является организующим фактором.

С помощью расписания может быть специально проработана последовательность подготовки к учебному дню, к уроку, и если необходимо, составлена наглядная схема организации рабочего пространства, набора необходимых учебных материалов, последовательность подготовительных действий. Это чрезвычайно важно, поскольку ребенку с РАС трудно воспринимать всю информацию на слух, а написанное имеет «степень закона». Ему проще самому посмотреть на расписание и приготовить нужные предметы к следующему уроку (иногда с помощью тьютора), чем слушать длинную инструкцию учителя о том, какой будет следующий урок, и что надо оставить на парте. Не забываем, что фронтальные вербальные инструкции наш ребенок воспринимает плохо.

Помочь ребенку тьютор может и на уроке – разметкой парты, страницы, наглядным указанием направления движения, включением в задание моментов, когда сам учебный материал организует действие ребенка. Последовательность учебных действий тоже может быть представлена ребенку наглядно в виде схемы или пиктограммы.

Большие трудности в организации учебного поведения возникают у ребенка с РАС при появлении даже небольших неудач или препятствий, и в этом случае возможные поведенческие проявления

ребенка будут характеризовать его возбуждение, тревогу и нежелание дальше работать. Логично, если педагог поможет ребенку в выполнении нового задания, создав у него впечатление успеха и уверенность, что он с заданием справляется. И уже после этого проводится обучение новому навыку, с которым ребенок знаком и думает, что это он уже может делать [7].

Организации учебного поведения помогают и определенные правила. Как и расписание, многие простые и, казалось бы, очевидные правила поведения так же могут быть представлены в виде небольших плакатов на стене около доски. Важно учитывать, что ребенку проще понять, когда ему говорят: «У нас есть правило № 4», а правило № 4 гласит, что во время урока без разрешения нельзя вставать и ходить по классу. Это ребенку усвоить проще, чем слушать увещевание учителя, что во время урока нельзя ходить по классу и трогать чужие вещи. Это правило должно касаться не только нашего особого ребенка. Оно не мешает и другим детям. Аналогичные правила могут касаться и других аспектов жизнедеятельности на уроке или даже на перемене. Важно, чтобы их не было слишком много. Особой специальной работы тьютора и учителя требует и развитие способности ребенка с РАС адекватно оценивать смысл происходящего, и организация поведения в соответствии с этим смыслом. Среда, в которой живет и учится аутичный ребенок, должна иметь максимально проработанную смысловую структуру, то есть ребенку необходимо дать понять, для чего делаются определенные вещи. Ребенку с аутизмом, впрочем, как и обычному, нужно объяснять происходящее и цели действий. Если образовательная организация не может предоставить ребенку тьютора (то есть, такой рекомендации нет в заключении ПМПК), то большинство этих задач, связанных со структурированием и осмыслением школьной жизни, решают психолог, педагог класса, иногда учитель-дефектолог или социальный педагог.

Деятельность социального педагога

Социальный педагог – основной специалист, осуществляющий контроль за соблюдением прав любого ребенка, обучающегося в школе. На основе данных социально-педагогической диагностики социальный педагог выявляет потребности ребенка и его семьи в сфере социальной поддержки, определяет направления помощи в адаптации ребенка в школе. Социальный педагог собирает для школьной команды специалистов всю возможную информацию о «внешних» ресурсах, совместно с координатором по инклюзии устанавливает взаимодействие с учреждениями – партнерами в области психолого-педагогической поддержки (ППМС-центром), а также со службой социальной защиты населения, с общественными организациями, учреждениями дополнительного образования. Важная сфера деятельности социального педагога – помощь родителям ребенка с РАС в адаптации в школьном сообществе, в среде других родителей. Такой специалист может помочь учителю и другим специалистам школы в создании «Родительского клуба», в разработке на сайте школы странички, посвященной инклюзии, в поиске нужной информации.

Деятельность координатора по инклюзии

Координатор по инклюзии (методист) – это специалист, играющий важную роль в организации процесса включения детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательную среду школы, в создании специальных условий для адаптации, обучения и социализации учащихся, регулирующий деятельность всего педагогического коллектива в данном направлении. Координатор по инклюзии – основной «носитель» информации и помощник учителя в организации образовательного процесса в инклюзивном классе. При этом важно помнить, что координатор, как и специалисты психолого-педагогического сопровождения, ориентируется в своей деятельности на запрос учителя, его инициативу и информацию о состоянии, успехах и проблемах особого ребенка и всего класса.

Последнее, что следует особо отметить, касается не содержательного компонента деятельности специалистов, а его организационной со-

ставляющей. Деятельность всех специалистов консилиума образовательной организации, ориентированная на максимальную социальную и образовательную адаптацию ребенка с аутистическим расстройством, должна быть максимально согласованной. А сами направления деятельности специалистов должны быть представлены в индивидуальном учебном плане и АООП ребенка и в обязательном порядке согласованы с его родителями. Очевидно, что для каждого конкретного ребенка с тем или иным вариантом аутистических расстройств направления коррекционной работы (в соответствии с вариантом АООП) и другие специальные образовательные условия рекомендуются специалистами ПМПК и формулируются в его заключении ПМПК. Но все описанные выше задачи деятельности специалистов направлены на социально-эмоциональную и образовательную адаптацию детей с РАС, они по сути своей универсальны и необходимы каждому ребенку достаточно длительное время.

Литература

1. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании ребенка с особенностями эмоционального развития / Е.Р. Баенская // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2000. – № 2.
2. Башина В.М. Особенности речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом эндогенного генеза / В.М. Башина, Н.В. Симашкова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – № 8. – С. 60–65.
3. Дмитриева Т.П. Организация деятельности координатора по инклюзии в образовательном учреждении / Т.П. Дмитриева. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – № 3. – 80 с.
4. Лебединская К.С. Необходимы общие усилия / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская // Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. – М.: Просвещение, 1989. – 100 с.
5. Лебединский В.В. Классификация психического дизонтогенеза / В.В. Лебединский // Нарушения психического развития у детей. – М.: МГУ, 1985. – 143 с.

6. Никольская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская Е.Р., М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2005. – 220 с.
7. Никольская О.С. Ребенок с аутизмом в обычной школе / О.С. Никольская, Т. Фомина, С. Цыпотан. – М.: Чистые пруды, 2006. – 32 с.
8. Никольская О.С. Трудности школьной адаптации детей с аутизмом / О.С. Никольская. – М.: Центр лечебной педагогики; Теревинф, 1998. – № 1. – 3 с.
9. Семаго Н.Я. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ / Н.Я. Семаго. – М.: Центр «Школьная книга», 2010. – №. 2.
10. Семаго Н.Я. Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: Генезис, 2011. – 399 с.
11. Шоплер Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей. Сборник упражнений для специалистов и родителей / Э. Шоплер, М. Ланзинд, Л. Ватерс. – Минск: БелАПДИ «Открытые двери», 1997. – 195 с.

Patricia L. Dissecting empathy: high levels of psychopathic and autistic traits are characterized by difficulties in different social information processing domains / L. Patricia, Lockwood, G. Bird, Madeleine B., Essi V. // Front Hum Neurosci. – 2013. – № 7. – P. 1–6.

(Анализ эмпатии: высокий уровень психопатических и аутистических черт характеризуется трудностями в различных областях обработки социальной информации)

Люди с психопатией или расстройством аутистического спектра (РАС) могут вести себя так, что предполагают отсутствие эмпатии к другим. Тем не менее, многие различные когнитивные и аффективные процессы могут привести к неэмпатическому поведению, а профили социальной обработки людей с высо-

кими психопатическими и РАС-чертами, вероятно, различны. В то время как психопатия характеризуется проблемами резонирования с эмоциями других, РАС характеризуется проблемами когнитивного восприятия перспективы. Кроме того, алекситимия ранее была связана с обоими расстройствами, но вклад алекситимии нуждается в дальнейшем исследовании. В выборке сообщества ($N = 110$) мы впервые показываем, что, хотя аффективный резонанс и когнитивное восприятие перспективы связаны, высокие психопатические черты связаны с проблемами резонирования с эмоциями других, но не с восприятием когнитивной перспективы. И наоборот, высокие черты РАС связаны с проблемами когнитивного восприятия, но не резонируют с эмоциями других. Алекситимия ассоциировалась с проблемами аффективного резонанса независимо от психопатических черт, предполагая, что аффективный резонанс составляют различные компонентные процессы (снижение склонности чувствовать то, что чувствуют другие, и снижение способности идентифицировать и описывать чувства). Алекситимия не была связана со сниженной когнитивной перспективой-принятием высоких признаков РАС. Наши данные свидетельствуют о том, что (1) повышенные психопатические и РАС черты характеризуются трудностями в различных областях обработки социальной информации и (2) снижение аффективного резонанса у лиц с повышенными психопатическими чертами и снижение когнитивной перспективы у лиц с повышенными РАС черты не объясняются сопутствующей алекситимией. (3) алекситимия независимо связана с уменьшенным аффективным резонансом. Следовательно, наши данные указывают на различные компонентные процессы в конструкции эмпатии, которые предполагают частично разделимые когнитивные и нейронные системы.

Ключевые слова: аутизм, психопатия, эмпатия, когнитивные процессы

Литература

1. Abell F., Happe F., Frith U. (2000). Do triangles play tricks. Attribution of mental states to animated shapes in normal and abnormal development. *Cogn. Dev.*
2. Ali F., Chamorro-Premuzic T. (2010). Investigating Theory of Mind deficits in nonclinical psychopathy and Machiavellianism. *Pers. Individ. Dif.* 49 169–174 10.1016/j.paid.2010.03.027
3. Anastassiou-Hadjicharalambous X., Warden D. (2008). Cognitive and affective perspective-taking in conduct-disordered children high and low on callous-unemotional traits. *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health.* 2. 16. 10.1186/1753–2000–2–16
4. Bagby R. M., Parker J. D. A., Taylor G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale–I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J. Psychosom. Res.* 38 23–32 10.1016/0022–3999(94)90005–1
5. Baron–Cohen S., Wheelwright S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J. AutismDev. Disord.* 34 163–175
6. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Skinner R., Martin J., Clubley E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high–functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J. AutismDev. Disord.* 31 5–17 10.1023/A:1005653411471
7. Bernhardt B. C., Valk S. L., Silani G., Bird G., Frith U., Singer T. (2013). Selective disruption of sociocognitive structural brain networks in autism and alexithymia. *Cereb Cortex.* 10.1093/cercor/bht182
8. Bird G., Silani G., Brindley R., White S., Frith U., Singer T. (2010). Empathic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. *Brain* 133 1515–1525 10.1093/brain/awq060
9. Bird G., Cook R. (2013). Mixed emotions: the contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. *Transl. Psychiatry* 3 e285 10.1038/tp.2013.61

9. Blair R. J. R., Jones L., Clark F., Smith M. (1997). The psychopathic individual: a lack of responsiveness to distress cues. *Psychophysiology* 34 192–198 10.1111/j.1469-8986.1997.tb02131.x
10. Blair J., Sellars C., Strickland I., Clark F., Williams A., Smith M., et al. (1996). Theory of mind in the psychopath. *J. Forens. Psychiatry* 7 15–25 10.1080/09585189608409914
11. Blair R. J. R. (1999). Psychophysiological responsiveness to the distress of others in children with autism. *Pers. Individ. Dif.* 26 477–485 10.1016/S0191-8869(98)00154–8
12. Blair R. J. (2005). Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious. Cogn.* 14 698–718 10.1016/j.concog.2005.06.004
13. Brook M., Kosson D. S. (2013). Impaired cognitive empathy in criminal psychopathy: evidence from a laboratory measure of empathic accuracy. *J. Abnorm. Psychol.* 122 15610.1037/a0030261
14. Capps L., Kasari C., Yirmiya N., Sigman M. (1993). Parental perception of emotional expressiveness in children with autism. *J. Consult. Clin. Psychol.* 61 475 10.1037/0022–006X.61.3.475
15. Castelli F., Frith C., Happe F., Frith U. (2002). Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for the attribution of mental states to animated shapes. *Brain* 125 1839–1849 10.1093/brain/awf189
16. Decety J., Skelly L., Kiehl K. (2013). Brain response to empathy-eliciting scenarios involving pain in incarcerated individuals with psychopathy. *JAMA Psychiatry* 70 638–645 10.1001/jamapsychiatry.2013.27
17. Dolan M., Fullam R. (2004). Theory of mind and mentalizing ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychol. Med.* 34 1093–1102 10.1017/S0033291704002028
18. Dziobek I., Rogers K., Fleck S., Bahnemann M., Heekeren H. R., Wolf O. T., et al. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *J. Autism Dev. Disord.* 38 464–473 10.1007/s10803–007–0486–x

19. Fan Y.T., Chen C., Chen S.C., Decety J., Cheng Y. (2013). Empathic arousal and social understanding in individuals with autism: evidence from fMRI and ERP measurements. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 10.1093/scan/nst101
20. Hansen A. L., Johnsen B. H., Hart S., Waage L., Thayer J. F. (2008). Brief communication: psychopathy and recognition of facial expressions of emotion. *J. Pers. Disord.* 22 639–644 10.1521/pedi.2008.22.6.639
21. Hare R. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, ON: Multi-Health Systems
22. Hare R.D., Neumann C.S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 4 217–246 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452
23. Hill E. L., Frith U. (2003). Understanding autism: insights from mind and brain. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 358 281–289 10.1098/rstb.2002.1209 Jones A. P., Happé F. G., Gilbert F., Burnett S., Viding E. (2010). Feeling, caring, knowing: different types of empathy deficit in boys with psychopathic tendencies and autism spectrum disorder. *J. Child Psychol. Psychiatry* 51 1188–1197 10.1111/j.1469-7610.2010.02280.x
24. Lander G.C., Lutz-Zois C.J., Rye M.S., Goodnight J.A. (2012). The differential association between alexithymia and primary versus secondary psychopathy. *Pers. Individ. Dif.* 52 45–50 10.1016/j.paid.2011.08.027
25. Lilienfeld S.O., Fowler K.A. (2006). “The self-report assessment of psychopathy: problems, pitfalls, and promises,” in *Handbook of psychopathy* ed. Patrick C. J., editor. (New York: Guilford Press;) 107–132
26. Lockwood P.L., Sebastian C.L., McCrory E.J., Hyde Z.H., Gu X., De Brito S. A., et al. (2013). Association of callous traits with reduced neural response to others’ pain in children with conduct problems. *Curr. Biol.* 23 901–905 10.1016/j.cub.2013.04.018
27. Louth S.M., Hare R.D., Linden W. (1998). Psychopathy and alexithymia in female offenders. *Can. J. Behav. Sci.* 30 91 10.1037/h0085809

28. Marsh A.A., Finger E.C., Fowler K.A., Adalio C.J., Jurkowitz I. T., Schechter J. C., et al. (2013). Empathic responsiveness in amygdala and anterior cingulate cortex in youths with psychopathic traits. *J. Child Psychol. Psychiatry* 54 900–910 10.1111/jcpp.12063
29. Minio-Paluello I., Baron-Cohen S., Avenanti A., Walsh V., Aglioti S.M. (2009). Absence of embodied empathy during pain observation in Asperger syndrome. *Biol.Psychiatry*. 65 55–62 10.1016/j.biopsych.2008.08.006 Paulhus D. L., Newman C., Hare R. (in press). *Manual for the Self-Report Psychopathy Scale*. Toronto.
30. Richell R.A., Mitchell D.G. V., Newman C., Leonard A., Baron Cohen S, Blair R. J. R. (2003). Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the ‘language of the eyes’ *Neuropsychologia* 41 523–526 10.1016/S0028-3932(02)00175-6
31. Robinson E.B., Koenen K.C., McCormick M.C., Munir K., Hallett V., Happe F., et al. (2011). Evidence that autistic traits show the same etiology in the general population and at the quantitative extremes (5%, 2.5%, and 1%). *Arch.Gen.Psychiatr.* 68 1113–1121.2011.119
32. Schwenck C., Mergenthaler J., Keller K., Zech J., Salehi S., Taurines R., et al. (2012). Empathy in children with autism and conduct disorder: group-specific profiles and developmental aspects. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 53 651–659 10.1111/j.1469–7610.2011.02499.
33. Seara-Cardoso A., Craig N., Roiser J., McCrory E., Viding E. (2012). Investigating associations between empathy, morality and psychopathic personality traits in the general population. *Pers. Individ. Dif.* 52 67–71 10.1016/j.paid.2011.08.029
34. Seara-Cardoso A., Dolberg H., Neumann C., Roiser J, Viding E. (2013). Empathy, morality and psychopathic traits in women. *Pers. Individ. Dif.* 55 328–333 10.1016/j.paid.2013.03.011
35. Silani G., Bird G., Brindley R., Singer T., Frith C., Frith U. (2008). Levels of emotional awareness and autism: an fMRI study. *Soc. Neurosci.* 3 97–112 10.1080/17470910701577020

Nidal Daou. Analysis of three components of affective behavior in children with autism / D. Nidal, Susan M.Vener, Claire L. Poulson // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2014. – № 8. – P. 480–501

(Анализ трех компонентов аффективного поведения у детей с аутизмом)

Основные моменты

- *Рассмотрены компоненты аффективного поведения у детей с аутизмом.*
- *Компонентами были вербальная реакция, интонация и выражение лица.*
- *Осуществление лечения привело к систематическому увеличению числа соответствующих ответных мер.*
- *Улучшения произошли по типам проб, аффективным категориям и участникам.*
- *Разделение компонентов помогает определить репертуары, требующие большего / меньшего вмешательства.*

Аннотация. *Аффективное поведение является решающим компонентом для соответствующих, устойчивых социальных взаимодействий. У людей с аутизмом есть дефицит социального взаимодействия, который проявляется в невербальном поведении. Мало исследований применяли поведенческие процедуры для повышения соответствующего аффективного ответа у людей с аутизмом. Это исследование добавляет к этой литературе, рассматривая три компонента аффективного поведения, тем самым усиливая представление о том, что это не только то, что говорит ученик (вербальный ответ), но и то, как он говорит это (интонация); не только наличие зрительного контакта со своим собеседником, но и как и что из себя представляет зрительный контакт (выражение лица). Многоцелевой дизайн оценивал влияние программы аффекта-обучения на процент соответствующего ответа, испускаемого тремя детьми с аутизмом. Программа состояла из подкрепления, подсказок, затухания сценария*

и формирования процедур. Процент соответствующего аффективного ответа, испускаемого участниками по категориям, систематически увеличивался после обработки.

Ключевые слова: *аффективное поведение, прикладной анализ поведения, аутизм, эмоции, мимика, вокализации*

Компетентностно-ориентированные задания:

1. Используя материалы, представленные в разделе, составьте список ключевых слов, общий для всех статей раздела, опишите с помощью словаря значение каждого термина и понятия.
2. Подготовьте рецензию на одну из статей, включенных в раздел. Рецензия должна содержать критический анализ текста, описание изучаемой автором проблемы, пути и средства ее решения, а также ваше мнение на статью.
3. Сформулируйте ряд организационных, методических, содержательных предложений по работе с проблемами, описанными авторами в статьях раздела. Приведите конкретные примеры игр и упражнений.
4. Опираясь на материалы раздела и другие дополнительные источники, подготовьте методические рекомендации для педагогов и родителей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра.
5. Дополните раздел другими современными и актуальными исследованиями, выполненными российскими и зарубежными учеными, проведя анализ баз данных (eLIBRARY.RU, Scopus, Web of Science). Результаты представьте в виде библиографически правильно оформленного списка литературы.

Раздел 6. Проблемное поведение

Сорокин А.Б. *Изучение особенностей поведения и общения у детей ясельного возраста с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма при помощи "Плана диагностического обследования при аутизме" ADOS-2 / А.Б. Сорокин, В.Ю. Давыдов // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – № 2. – С. 38–44.*

Аннотация: Раннее выявление расстройств развития является залогом успешности вмешательств. Однако отсутствие биологического теста, низкая специфичность скрининговых методов, а также недостаточная информированность родителей и специалистов об особенностях поведения и общения у детей младшего возраста осложняют своевременное выявление нарушений. В статье представлен новый модуль широко используемого метода прямого наблюдения за поведением людей с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма ADOS-2 для детей в возрасте 12–30 месяцев.

Ключевые слова: расстройства в спектре аутизма, аутизм, план диагностического обследования при аутизме, дети ясельного возраста, наблюдение за поведением.

Выявление, постановка диагноза и описание расстройств, относящихся к спектру аутизма, являются этапами диагностического маршрута, осуществляемого специалистами разных профессий в рамках соответствующей профессиональной компетенции – врачами, педагогами, психологами и исследователями. Своевременное определение расстройств развития делает вмешательства более успешными и позволяет значительно сократить по времени «диагностическую одиссею»: посещение многочисленных специалистов родителями, подозревающими у своего ребенка нарушение развития, в том числе в спектре аутизма [4]. При этом специалисты немедицинских профессий преимущественно пользуются стандартизированными методами изучения истории развития ребенка и оценки состояния на момент обследования

на основании заполненных родителями ребенка опросников (например, M-CHATR/F [5]). Выбор методов непосредственного наблюдения за поведением ребенка с подозрением на нарушение в спектре аутизма до недавнего времени ограничивался инструментами с определенным допустимым возрастом испытуемых (например, от 24–35 месяцев – STAT [6], или до 18 месяцев – AOSI [2]).

Не решалась проблема раннего выявления и такими методами, относящимися к «золотому стандарту» диагностики аутизма, как «План диагностического обследования при аутизме» ADOS и «Интервью для диагностики аутизма» ADI-R [8]. Одним из ограничений использования этих методов являлся возраст испытуемых, для которых были разработаны диагностические алгоритмы, обобщающие информацию, полученную в процессе прямого наблюдения (в случае ADOS), и в ходе интервью с родителями (в случае ADI-R). Кроме того, даже для группы детей, не пользующихся фразовой или беглой речью для общения, специфичность ADOS не превышала 50%, если их невербальный ментальный возраст был менее 15 месяцев [3].

«План диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 [1] является вторым изданием метода непосредственного наблюдения. Чтобы преодолеть описанные ограничения, в него был включен модуль Т для обследования детей ясельного возраста. Модуль Т следует применять с детьми в возрасте до 30 месяцев, которые умеют ходить или хотя бы в состоянии сделать несколько шагов самостоятельно, а также чей невербальный ментальный возраст не менее 12 месяцев. К другим ограничениям применения метода относятся элективный мутизм, слепота и глухота.

Выбор модуля обследования – важный этап обследования по ADOS-2, позволяющий учесть уровень владения экспрессивной речью, возраст и уместность материалов для заданий. Главным критерием выбора модуля Т является возраст испытуемого. Большинство детей в возрасте 12–30 месяцев владеют речью на уровне не выше отдельных слов или фраз, состоящих из двух–трех слов. В тех редких случаях, ко-

гда ребенок ясельного возраста пользуется беглой речью для общения, исследование рекомендуется проводить при помощи модуля 2. При этом под беглой речью понимается использование различных типов предложений, способность рассказать о событии, происходящем в другое время в другом месте, и применение логических связок.

ADOS-2 представляет собой набор заданий, предлагающих ситуации более или менее естественного игрового или речевого общения. Во время этих заданий специалист делает пометки об особенностях речи, невербальных форм общения, социального взаимодействия, игрового поведения, воображения, а также о необычных сенсорных интересах, двигательных стереотипиях, необычных увлечениях и других формах нежелательного поведения. Обследование длится 40–60 минут, и отмеченные особенности переводятся в шифры 0, 1, 2, 3 или 4 в соответствии со степенью выраженности нарушений в каждом пункте шифровки. Модуль Т состоит из 11 заданий и 41 пункта шифровки.

Задания модуля Т ADOS-2

Свободная игра

1а. Свободная игра с мячом

2. Препятствие в игре

3. Реакция на имя

4. Игра с мыльными пузырями

4а. Игра с мыльными пузырями – поддразнивание

5. Ожидание привычных действий с предметами

5а. Ожидание привычных действий с предметами – безуспешная попытка

6. Ожидание привычных социальных действий

7. Реакция на совместное внимание

8. Ответная социальная улыбка

9. Купание

9а. Купание – игнорирование

10. Функциональная и символическая имитация

11. Угощение

Большинство заданий модуля Т представляют собой модификации модуля 1, который знаком опытным пользователям ADOS и продолжает применяться для обследования детей, не пользующихся речью для общения, и детей, речь которых ограничивается отдельными словами, если их возраст превышает 30 месяцев. Как и в случае модуля 1, родитель или другой взрослый, хорошо знакомый ребенку, должен присутствовать при обследовании, так как часть шифров учитывают социальные инициативы, адресованные родителям, а некоторые задания даже проводятся с их участием (например, «Ответная социальная улыбка»).

К заданиям, протокол проведения которых не претерпел изменений, относится, например, «Угощение», однако необходимо узнать у родителей, ест ли ребенок твердую пищу. Задания «Свободная игра», «Ожидание привычных действий с предметами» и «Игра с мыльными пузырями» проводятся с дополнениями. Во время каждого из них в определенный момент специалист производит неожиданное для ребенка действие, например, при игре с мыльными пузырями он предлагает ребенку взять пистолет для выпуска пузырей и в последнюю секунду отдергивает руку. Обычной реакцией большинства детей типичного развития является установление глазного контакта. У детей с нарушениями в спектре аутизма диапазон наблюдаемых реакций более широк. В «Свободную игру» вносится больше разнообразия по сравнению с модулем 1 за счет добавления мяча, нескольких предметов, часто вызывающих стереотипное поведение, а также организацию препятствия в игре, подобного описанному выше поддразниванию с мыльными пузырями.

Из-за ограничений возраста задание «Празднование дня рождения» модуля 1, представляющее собой последовательность игровых действий, заменено на более знакомое для ребенка событие – купание куклы. В англоязычном оригинале одним из этапов игры является пение песни из телепрограммы «Улица Сезам», знакомой большинству детей и ассоциирующейся с ритуалом купания. В русском языке подобная песня отсутствует, однако специалистам, проводящим обследование, рекомендуется

не отступать от протокола и спросить родителей, какую песню они поют во время купания ребенка. Если окажется, что подобной песни, связанной с ритуалом купания, в семье нет, следует спеть любую знакомую ребенку песню.

Шифровка ADOS-2, в том числе модуля Т, проводится сразу по окончании обследования и включает пункты, описывающие формы поведения пяти групп: общение, социальное взаимодействие, игра, стереотипные и другие формы поведения.

В модуле Т присутствуют пункты шифровки, относящиеся к формам поведения, особенно важным для детей ясельного возраста. Они, например, учитывают частоту ненаправленных вокализаций и частоту лепетной речи в группе шифров «Речь и общение», количество просьб в группе шифров «Социальное взаимодействие», а также раздражительность (капризность) в группе шифров «Другие формы поведения». Помимо этого, изменениям подверглись шифры группы «Стереотипные и повторяющиеся формы поведения»: для детей ясельного возраста отдельно шифруются характерные движения кистей рук и пальцев и характерные движения всего тела. Это связано с тем, что дети типичного развития ясельного возраста часто производят движения, не ограничиваемые кистями рук – подпрыгивания, взмахи в состоянии возбуждения и т.д., а избыточные движения кистей и пальцев уже в раннем возрасте чаще встречаются у детей, у которых впоследствии будет выявлено нарушение в спектре аутизма.

Выраженность и частота проявлений различных форм поведения, характерного для детей с аутизмом, учитываются при составлении заключения. Как первое, так и второе издание ADOS предполагает отнесение ребенка, подростка или взрослого к одной из диагностических групп – спектр аутизма или аутизм – на основании форм поведения, проявленных во время обследования. При этом диагностическая группа спектр аутизма отличается от диагностической группы аутизм более высоким пороговым значением и соответственно, менее выраженными нарушениями. Подобное пороговое значение для объединенной диагностиче-

ской группы аутизм и спектр аутизма было установлено и для модуля Т [7]. Однако его рекомендуется использовать в научных исследованиях, а в клинической практике следует ограничиваться более осторожным определением уровня обоснованности для беспокойства по поводу развития расстройства аутистического спектра. В ADOS-2 выделяют три уровня: от отсутствия признаков до незначительного уровня, от низкого до умеренного уровня и от умеренного до высокого уровня.

Уровень обоснованности для беспокойства определяется на основании заполненного диагностического алгоритма – специальной формы, обобщающей полученные результаты. Факторный анализ, проведенный авторами методики во время пилотного исследования, показал, что значения чувствительности и специфичности будут максимальны, если дети старшего возраста (старше 20 месяцев), владеющие речью на уровне пяти и более слов, будут рассматриваться отдельно от совместной группы детей младше 20 месяцев (независимо от уровня владения речью) и детей старше 20 месяцев, не использующих слова для общения или употребившими за время обследования одно, два, три или четыре слова. В соответствии с этим разделением на группы предлагается два алгоритма. Как и со всеми другими формами поведения, учитываются только слова, спонтанно употребленные ребенком для общения строго во время обследования, а не речь, услышанная специалистом в другое время, или о наличии которой рассказали родители.

Использование ADOS-2 в клинических и исследовательских целях предусматривает обучение специалистов, имеющих для этого достаточную квалификацию. В случае модуля Т особое значение следует уделять опыту общения специалиста с детьми ясельного возраста, умению наладить во время обследования продуктивный контакт, позволяющий ребенку максимально проявить характерные для него формы поведения. Специалистам, участвующим в научных проектах с использованием ADOS-2, необходимо, кроме того, подтвердить сходимость результатов. Опытным пользователям первого издания ADOS необязательно проходить обучение ADOS-2, так как эти два издания функционально иден-

тичны для модулей 1–4, а модуль Т является модификацией модуля 1. Достаточно изучить руководство, содержащее подробные указания к каждому заданию, пунктам шифровки и информацию о разработке инструмента. Большинство материалов для обследования входят в оригинальный набор ADOS, дополнительные материалы необходимы только для заданий «Свободная игра» и «Купание» (см. рис. 2).

Применение модуля Т «Плана диагностического обследования при аутизме» на этапе дифференциальной диагностики нарушений развития у детей младше 30 месяцев позволяет повысить эффективность вмешательств и оптимизировать разработку маршрута сопровождения.

Литература

1. Лорд К. ADOS-2. План диагностического обследования при аутизме / К. Лорд, М. Раттер, П. ДиЛаворе, С. Ризи, К. Готэм, С. Бишоп, Р. Лайстер, У. Гатри // Western Psychological Services. – 2016. – 544 с.

2. Раттер М. ADI-R. Интервью для диагностики аутизма: руководство / М. Раттер, Э. Кутто, К. Лорд // Western Psychological Services. – 2014. – 122 с.

3. Gotham K. A replication of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) revised algorithms / Gotham K., Risi S., Dawson G., Tager-Flusberg H., Joseph R., Carter A., Hepburn S., McMahon W., Rodier P., Hyman S., Sigman M., Rogers S., Landa R., Spence M., Osann K., Flodman P., Volkmar F., Hollander E., Buxbaum J., Pickles A., Lord C. // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2008. № 47 (6). – P. 642–651.

4. Zwaigenbaum L. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research / Zwaigenbaum L., Bauman M.L., Choueiri R., Kasari C., Carter A., Granpeesheh D., Mailloux Z., Smith Roley S., Wagner S., Fein D., Pierce K., Buie T., Davis P.A., Newschaffer C., Robins D., Wetherby A., Stone W.L., Yirmiya N., Estes A., Hansen R.L., McPartland J.C., Natowicz M.R. – 2015. № 136. – P. 60–81.

5. Robins D., Fein D., Barton M. Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up. 2009. URL: http://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/09/M-CHAT-R_F.pdf (дата обращения: 15.04.2017).

6. Stone W.L., Coonrod E.E., Turner L.M., Pozdol S.L. Psychometric Properties of the STAT for Early Autism Screening. J Autism Dev Disord (2004) 34: 691.

7. The Autism Diagnostic Observation Schedule – Toddler Module: A new module of a standardized diagnostic measure for autism spectrum disorders / Luyster R, Gotham K., Guthrie W., et al. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2009; 39 (9): 1305–1320.

8. The autism observation scale for infants: Scale development and reliability data / Bryson S.E., Zwaigenbaum L., McDermott C., Rombough V., Brian J. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2007; 38: 731–738.

Воробьёва А.А. Коррекция негативного поведения детей с расстройствами аутистического спектра в процессе рассказывания социальных историй / А.А. Воробьёва // Современные проблемы дефектологии глазами студента. – 2018. – С. 26–29.

Аннотация: В статье описан сравнительно метод рассказывания социальных историй для коррекции поведения детей с расстройствами аутистического спектра. Данный метод является одним из сравнительно новых. Данный метод позволяет в доступной для ребенка форме рассказать о волнующем его событии, а также подсказать верный алгоритм действий в конкретной ситуации.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, расстройства аутистического спектра, негативное поведение, стереотипное поведение, социальная история

В настоящее время неуклонно возрастает количество детей, имеющих те или иные нарушения в психофизическом развитии. От того понятие «дети с ограниченными возможностями здоровья» приобретает особую значимость в условиях современного образования.

Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) представляют собой особую группу внутри данного понятия. РАС – является одним из видов искаженного психического развития, ведущей чертой которого можно назвать нарушение социальных взаимодействий. Таким дошкольникам сложно налаживать контакт с окружающими, общение для них не представляет почти никакого интереса, установление эмоциональных связей сопровождается рядом трудностей. Эти и другие особенности ложатся в основу негативного поведения, эмоциональных вспышек и даже агрессии как по отношению к окружающему, так и применительно к самому себе. В связи с этим возникает необходимость проведения специальных коррекционных мероприятий, способных помочь ребенку преодолеть данные сложности.

Вопрос о том, что же представляет из себя РАС, являлся предметом интереса специальных педагогов и психологов на протяжении десятков лет. Упоминания о нем встречаются в трудах как зарубежных (Г. Аспергер, Л. Бендер, Л. Каннер, М. Кларк, М. Поляк и др.), так и отечественных (В.М. Башина, Г.Е. Сухарева, М.Ш. Вроно, О.П. Юрьева, Т.П. Симеон и др.) исследователей.

Предпринимая попытки описать столь загадочное явление дизонтогении как ранний детский аутизм (РДА), в научном поле создается огромное количество предположений о характере данного нарушения, предпринимаются попытки описать этиологию и патогенез, очертить клиническую картину. В трудах современных исследователей (Е.П. Баенская, М.М. Либлинг, С.А. Морозов, С.С. Морозова, О.С. Никольская и др.) РДА включен в группу первазивных, то есть всепроникающих расстройств, проявляющихся в нарушении развития практически всех сторон психики. В связи с тем, что характер дизонтогении при нем различен, очертить общую клиническую картину нарушения попросту невозможно. На основании этого в настоящее время все чаще говорят не об аутизме как таковом, а о «линейке» расстройств аутистического спектра (РАС).

В описании специфики расстройства огромное внимание уделяется аспекту поведения таких детей (С.С. Морозова, О.С. Никольская и др.). В клубке поведенческих проблем трудно выделить самую главную. Наиболее очевидной из них является негативизм, под которым понимается «отказ ребенка делать что-либо вместе со взрослым, уход от ситуации общения. Проявления негативизма могут сопровождаться усилением аутостимуляции, физическим сопротивлением, криком, агрессией, самоагрессией» [4]. Непонимание сложностей ребенка, неправильный выбор уровня взаимодействия с ним могут стать одними из причин негативизма, ведь при столкновении с реальной проблемой, решения которой он не знает заранее, такой ребенок чаще всего оказывается несостоятельным. Освоение новых форм поведения для него представляет огромную сложность. Преодолеть данную трудность можно с помощью социальных историй.

Социальная история по К. Грей [1], является одним из сравнительно новых методов, способных в доступной для ребенка форме рассказать о волнующем его событии и подсказать верный алгоритм действий, позволяющий снизить волнение в конкретной ситуации. Этот метод рассказывания сугубо индивидуален как в своем содержании, так и в исполнении, от того представляет большую творческую площадку для педагогов-дефектологов.

Опираясь на данный метод, можно помочь ребенку сформировать определенные навыки социально приемлемого поведения, тем самым справляясь не только с явлениями негативизма, но и с проявлениями стереотипных действий. К данной поведенческой особенности детей с РАС нужно подходить с большой осторожностью, ведь стереотипии являются здесь далеко не бессмысленными действиями. Через них ребенок повышает свою устойчивость внутри динамично меняющегося мира, защищается от неприятных внешних воздействий. От того просто устранить стереотипную форму поведения значит создать для ребенка ситуацию эмоционального переживания. Однако некоторые из вариантов подобного поведения нуждаются в коррекции, потому как способны

причинить ребенку как физический, так и психологический вред. Внутри этого процесса социальная история готовит ребенка к предстоящим изменениям, нарушающим ставшую привычной последовательность событий, и предлагает альтернативный вариант поведения, тем самым формируя новый ход привычных действий.

Стоит отметить, что целью данного метода не является порицание проблемного поведения. Он служит для объяснения ребенку как причин того, что происходит, так и явлений, следующих из проблемных ситуаций.

Являясь путем сообщения ребенку нового, альтернативного поведения, социальная история использует для этого самый сильный канал восприятия, является одним из методов визуальной поддержки. Рассказанные доступным языком, эти красочные изображения, главный герой в которых – сам ребенок, должны быть понятны и доступны. В своем составе помимо наглядности любая социальная история содержит комбинации из четырех типов предложений: описательных, перспективных, директивных и контролирующих, каждое из которых выполняет определенную функцию. Так, описательные предложения повествуют о вариантах поведения людей в конкретных социальных ситуациях, объясняя его причины, место, где эти ситуации происходят, и действующих лиц. Перспективные предложения помогают через историю познакомить ребенка с возможной реакцией окружающих на конкретную ситуацию, директивные – описывают наиболее уместный характер действий внутри сложившегося события, не ограничивая при этом выбор ребенка. В свою очередь контролирующими предложениями определяются стратегии, которые возможно использовать, чтобы вспомнить или понять социальную историю.

Применение данного метода основывается на многократных повторениях до того момента, как новый ход поведения не станет для ребенка полностью усвоенным. После этого частота обращения к истории снижается и впоследствии исчезает, при этом не утрачивая возможности самостоятельного обращения к ней ребенка в случае необходимости.

Таким образом, социальную историю можно считать эффективным методом, позволяющим сообщить ребенку с аутизмом модель адекватного социального поведения в доступной для него форме. Давая ребенку понять социальную ситуацию, данный метод облачает ее в форму истории, что помогает сделать переход на новую модель поведения не таким травмирующим, ведь внутри содержится объяснение этой необходимости.

Литература

1. Грей К. Социальные истории. Инновационная методика для развития социальной компетентности у детей с аутизмом / К. Грей. – Екб.: Рама Паблишинг, 2018. – 432 с.
2. Григоренко Е.Л. Расстройства аутистического спектра / Е.Л. Григоренко. – М.: Практика, 2018. – 280 с.
3. Морозов С.А. Детский аутизм и основы его коррекции / С.А. Морозов. – М.: СигналЪ, 2002. – 60 с.
4. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2007. – 288 с.

Виноградова Е.И. Особенности поведения детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и методы педагогического воздействия во время занятий с педагогом / Е.И. Виноградова // Сибирский вестник специального образования. – 2016. – № 2. – С. 53–54.

Аннотация: в статье анализируются проблемы обучения и воспитания детей с расстройством аутистического спектра.

Ключевые слова: коррекционная педагогика, аутизм, дети с особыми образовательными потребностями

У обычного ребенка познание связано с пониманием. Дети видят, слышат, чувствуют, пробуют на вкус. Что они делают дальше с этой сенсорной информацией? Применяют в своей жизни. У ребенка с аутизмом не формируется ориентировочно-исследовательская деятельность [1, с. 2]. При едином типе искаженного развития дети с

расстройствами аутистического спектра (РАС) значительно различаются между собой.

1-я группа – самые тяжелые случаи дезадаптации. Такие дети выражают полную отрешенность от окружающего. Они как будто не видят и не слышат, при попытке удержать их на одном месте кричат, как только отпускаешь, становятся отрешенными. Адаптация таких детей проходит долго и тяжело. Главное – не оставлять ребенка в покое, следовать за ним по всему кабинету. Это может быть угол, место под столом или ковер. Находиться с ребенком необходимо до тех пор, пока ваше присутствие не будет замечено. Когда ребенок начал вас замечать, можно переходить за рабочий стол и, выполняя задание, проговаривать каждое свое действие. Может пройти не одно занятие, пока появится положительный результат, и ребенок займет свое место рядом с вами. Для первых заданий предлагаем различные манипуляции с тестом и природным материалом (фасоль, ракушки, спички). Детям необходима быстрая смена видов деятельности (аппликация, рисование, лепка, дидактические игры).

2-я группа по тяжести аутистического дизонтогенеза – это дети, которые активно взаимодействуют со средой. При этом они имеют избирательное стремление к стереотипным действиям, привычным ощущениям и словам. О себе они говорят во втором и третьем лице. Они часто испытывают физический дискомфорт, избирательны в еде, привязаны к одному помещению. В привычных условиях они довольны и спокойны, это можно использовать в процессе адаптации. Для таких детей должен быть привычный порядок во всем. Новая информация вносится маленькими порциями, так как даже небольшие изменения могут привести к нарушениям в поведении ребенка и даже к агрессии и самоагрессии.

3-я группа – состояние ребенка характеризуется как захваченность собственными переживаниями. Поведение детей воспринимается окружающими как извращенное стремление к страшному, грязному. На самом деле дети стремятся установить контроль над поте-

рянным душевным равновесием. Основная адаптационная задача – установление контроля над степенью риска. Дети однообразно возвращаются к одним и тем же ситуациям, связанным с прошлым испугом. Сосредоточиться на чем-то новом они могут только на очень короткий срок. Часто провоцируют взрослых на аффективные взрывы. Поэтому при работе с ними нужно использовать спокойную речь и не поддаваться на их «провокации».

4-я группа – дети, нуждающиеся в постоянной поддержке и одобрении. Они могут вступать в диалог с миром и людьми при постоянной помощи взрослого. Такие дети испытывают трудности в освоении новых навыков (неловкость крупной и мелкой моторики). При адекватном коррекционном подходе они имеют наилучший прогноз в адаптации, психическом развитии, формировании новых навыков. По мнению О.С. Никольской, перечисленные группы не являются устойчивыми клиническими формами, в какой-то степени их можно соотнести с разными уровнями активности во взаимоотношениях ребенка со средой и людьми [2, с. 2]. При работе с детьми всех четырех групп огромной проблемой является планирование времени. Как объяснить детям, страдающим аутизмом, такое понятие, как «продолжительность». Можно помочь им, сделав «продолжительность» конкретной, слышимой и видимой. Перед занятием очередность выполняемой работы озвучивается, в процессе работы, то, что сделано, убирается со стола. Можно использовать музыку или карточки. Для каждого ребенка индивидуально подбирается метод выполнения определенных задач.

Организация занятий:

1. Знание особенностей моторных проявлений при аутизме (специфичная жестикуляция, повторяющаяся через короткие промежутки времени, с использованием предметов: веревочек, коробок, книг и т.д.).
2. Осуществление диагностики психомоторного развития.
3. Адаптация к окружающей среде, материалу, оборудованию.

4. Использование в процессе обучения особых средств и методов работы (поощрений, стимуляций), в том числе и методов коммуникации, специально разработанных для детей с РАС.

5. Индивидуальный и дифференцированный подход в процессе адаптации, обучения и воспитания ребенка с диагнозом аутизм. Режим занятия: по 30 минут два раза в неделю.

Задачи:

1. Обучение навыкам лепки, формирование сенсорного восприятия форм (круг), цветовых сочетаний.

2. Освоение умения образно отражать простые предметы, устанавливать связи между предметом и действием (пчела летит, сидит).

3. Преобразование построек в длину.

4. Выработка навыка различения геометрических фигур по характерным признакам, навыка выделения одновременно двух свойств фигур (форма, цвет), обучение созданию сюжетных изображений, формирование умения ориентироваться на плоскости, стимулирование эмоционального отклика на созданную работу.

Практическое применение детских поделок:

1. Игрушка и дидактическое пособие.

2. Персонажи сказок.

3. Поделки для украшения интерьера.

Литература

1. Никольская О.С. Особенности психического развития детей с аутизмом / О.С. Никольская, М.Ю. // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2014. – № 18–1. – 2 с.

2. Никольская О.С. Изучение проблемы детского аутизма в России / О.С. Никольская // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2014. – № 19–2. – С. 1–2.

Овсянникова Т.М. Применение метода функционального анализа поведения для коррекции нежелательного поведения у ребенка с расстройством аутистического спектра / Т.М. Овсянникова // Клиническая и специальная психология. – 2016. – Т.5. – № 1. – С. 111–126.

Аннотация. В статье описывается метод функциональной оценки поведения (*Functional Behaviour Assessment*), позволяющий исследователям и практикам определить причину, из-за которой возникает то или иное нежелательное (проблемное) поведение. Данный метод достаточно давно включен в стандарт знаний профессионального американского психолога и педагога, работающего с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС). На сегодняшний день метод применяется и в отечественной практике. Функциональная оценка поведения используется при исследовании сложных поведенческих проблем, таких как агрессивное и деструктивное, в частности, самоповреждающее поведение. В статье подробно описывается случай применения метода функциональной оценки поведения для определения функций поведения у ребенка 9 лет с диагнозом расстройства аутистического спектра с целью составления программы коррекции нежелательного поведения. В заключении отражены возможности и ограничения применяемого метода.

Ключевые слова: прикладной анализ поведения, аутизм, функциональная оценка поведения, поведенческие нарушения

Введение

Трудности, сопряженные с коррекцией поведенческих нарушений у детей с аутизмом, зачастую связаны с непониманием причин проблемного поведения. Попытки справиться с проблемным поведением привычным способом иногда не приносят результата. В последние годы отечественные специалисты все чаще обращаются к методам функционального анализа поведения для коррекции проблемного поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Функцио-

нальная оценка поведения (Functional Behaviour Assessment, FBA) – широкое понятие, используемое для описания ряда различных методов, позволяющих исследователям и практикам определить причину, из-за которой возникает то или иное нежелательное (проблемное) поведение [12]. Как правило, функциональная оценка поведения используется при исследовании сложных поведенческих проблем, таких как самоповреждающее поведение или агрессия, направленная на других людей, а также деструктивное поведение.

Существуют различные методы проведения функциональной оценки поведения. Все методы преследуют одну цель – определение функции поведения [11]. Когда функция поведения определена, становится возможным составление коррекционной программы с целью уменьшения нежелательного поведения и увеличения количества эпизодов адаптивного поведения. В настоящее время использование функциональной оценки поведения входит в профессиональный стандарт американских специалистов и педагогов, которые применяют прикладной анализ поведения в работе со взрослыми и детьми с ОВЗ [16]. Для проведения функциональной оценки поведения используют следующие методы: прямое наблюдение, сбор данных и функциональный анализ. В зависимости от ситуации и целей исследования возможно использование одного или более методов функциональной оценки поведения. Прямое наблюдение и сбор данных относятся к описательным методам. Для метода прямого наблюдения характерно присутствие экспериментатора в естественной среде клиента. В момент наблюдения задача экспериментатора состоит в регистрации данных – факторов, предшествующих эпизодам исследуемого поведения, особенностей самого поведения и его ближайших последствий. Также экспериментатору необходимо фиксировать собственные предположения о возможных причинах поведения. На практике метод прямого наблюдения чаще всего используется для верификации гипотез о функциях поведения. В литературе можно встретить следующие термины, используемые для описания этого метода:

- наблюдение [16];
- описательная функциональная оценка поведения [12];
- прямое наблюдение [15].

Метод сбора данных предполагает использование различных опросников и анкет, а также проведение интервью с преподавателями, родителями, специалистами и другими людьми, взаимодействующими с клиентом. Сам клиент по возможности и по необходимости также может принять участие в исследовании. Собранные данные используются для того, чтобы определить, что происходит до того, как поведение началось, во время поведения и после него. Так же как и метод прямого наблюдения, этот метод используется для формулировки и проверки гипотезы о функциях поведения. Для описания данного метода разными авторами используются такие термины, как: косвенный метод [15]; косвенная функциональная оценка поведения [12]; информационный метод [16]. Третий метод классифицируется как экспериментальный. При использовании функционального анализа поведения экспериментатор сознательно производит изменения во внешних факторах, которые, по его мнению, мотивируют поведение, с целью выявления функции поведения [15]. Р. Милтенбергер, Дж. Купер, Р. О'Нэйл и другие авторы в вопросах использования терминологии для описания этого метода пришли к консенсусу: в литературе, посвященной прикладному анализу поведения, данный метод носит название функционального анализа поведения. В 1997 году конгресс США принял закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями». В нем содержится раздел, описывающий необходимость применения функциональной оценки поведения учащегося, в связи с чем функциональная оценка поведения вошла в профессиональный стандарт педагогов и других специалистов, работающих с людьми с РАС. Перед проведением функционального анализа поведения необходимо ознакомиться с кодексом этики и профессиональной ответственности для практикующих специалистов, работодателей и потребителей услуг прикладного анализа поведения [18]. Например, неэтично использовать функциональную оценку, в частности,

метод функционального анализа поведения в случаях, когда имеют место преднамеренные манипуляции с внешними факторами среды, провоцирующими проявление нежелательного поведения у клиента. Р. О'Нэйл и соавторы утверждают, что до проведения манипуляций, связанных с изменениями факторов, влияющих на нежелательное поведение, необходимо определить уровень потенциального риска и принять решение о том, оправдан ли риск для достижения потенциального результата или нет [16].

Процедура исследования. В нашем исследовании принял участие мальчик 9 лет, обучающийся в первом классе школьного отделения в Центре психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков с аутизмом (ГБОУ ВО МГППУ ЦПМССДиП). У мальчика оформлена инвалидность, по медицинской классификации аутизма и нарушений, включающей в себя РАС (МКБ-10), особенности его развития отнесены к атипичному аутизму (F84.1).

Вследствие проблем в поведении, которые ребенок демонстрировал в классе, по настоянию учителя ученик был переведен на домашнюю форму обучения. Также были даны рекомендации по посещению индивидуальных коррекционно-развивающих занятий с учителем-дефектологом с целью формирования учебного стереотипа. Нами была проведена функциональная оценка поведения с целью выявления причин, мешающих ребенку посещать классные занятия вместе со сверстниками. На первом этапе функциональной оценки поведения – сборе данных – был использован метод интервьюирования. Интервью проводилось с учителем регулярного класса и ближайшими родственниками ребенка – мамой, папой и старшим братом.

При составлении списка вопросов для интервью, помимо вопросов общего характера касательно биографических данных, были включены вопросы о проблемном поведении: опасно ли поведение для ребенка или окружающих; мешает ли поведение самому ребенку или другим детям учиться в классе; препятствует ли поведение нахождению среди других детей и участию в учебных или досуговых мероприятиях; может ли по-

ведение повлиять на восприятие ребенком самого себя. После завершения первого этапа было составлено первоначальное представление о проблемном поведении школьника. Прежде всего, было определено, что его поведение не опасно для самого ребенка и для окружающих. Не были отмечены эпизоды проявления агрессии ко взрослым и детям, так же как и актов самоповреждающего поведения. Но педагог и родители были единодушны в том, что особенности поведения мешают ребенку и окружающим его сверстникам приобретать академические навыки. Ребенок кричал во время уроков и вскакивал со своего места, отвлекая других учеников от учебного процесса. Вследствие неоднократных проявлений подобного поведения решением школьного консилиума мальчик был переведен на индивидуальную форму обучения. При индивидуальном обучении в школе ребенок продолжал кричать и вскакивать из-за парты во время занятий. Аналогичное поведение ребенок демонстрировал и дома при выполнении домашних заданий вне зависимости от того, с кем вместе выполнялась его домашняя работа. Таким образом, проблемное поведение препятствовало усвоению знаний и развитию социализации. Проявления поведения могли негативно сказаться на восприятии ребенком самого себя и на развитии его коммуникативных навыков, так как ребенок был исключен из среды сверстников. На втором этапе исследования мы провели подробное наблюдение, фиксируя на протяжении длительного времени и при разном социальном окружении частоту и интенсивность проблемного поведения. Для фиксации данных использовались следующие формы: 1. Трехзвенная схема «До-Поведение-После», ДПП (Antecedent Behavior Consequence, ABC) – форма, в которой отмечается, что (событие или ситуация) предшествовало поведению, само поведение (что ученик делает, как реагирует) и последствия поведения. Форма ДПП чрезвычайно продуктивна, так как позволяет проанализировать, в каких случаях возникает проблемное поведение, когда его проявлений становится больше и когда оно проявляется с меньшей интенсивностью или не отмечается вовсе [5]. Также она позволяет описать, с какими последствиями сво-

его проблемного поведения сталкивается ребенок, и, в частности, не закрепляют ли его окружающие взрослые своими реакциями. 2. «Дневная сетка» – форма, в которой время бодрствования ребенка разбито на временные интервалы с шагом в 30 минут. Если поведение наблюдается в какой-то из временных интервалов, ячейка заполняется графическим символом.

Таким образом, получается сетка из дней недели, времени дня и зафиксированных эпизодов нежелательного поведения.

Результаты и их интерпретация. После сбора всех данных было составлено рабочее описание поведения: ребенок вскакивает из-за стола, когда он занят целенаправленной деятельностью и начинает кричать, просить чипсы, колбасу или пастилу, хватать различные предметы, топтать ногами и размахивать руками. Если поведение имеет место в домашней обстановке, то ребенок может подбежать к компьютеру и включить мультфильмы или, упав на кровать, завернуться в одеяло. Такое поведение будет продолжаться, если не вернуть ребенка за стол, взяв его за руку. Одной словесной инструкции недостаточно для того, чтобы ребенок самостоятельно вернулся за стол и продолжил заниматься учебной деятельностью. В школе поведение проявляется с меньшей интенсивностью, нежели дома. Поведение начинается резко и заканчивается, когда взрослый, занимающийся с ребенком или находящийся рядом в этот момент, возвращает его за стол, применяя физическую силу. Если ребенок находится за рабочим столом и в этот момент не делает уроки, подобное проблемное поведение отсутствует. После анализа связи между собранными данными была выдвинута гипотеза о том, что причиной проблемного поведения является избегание нежелательных для ребенка действий. Ребенок избегает выполнения учебных заданий, которые вызывают у него трудности. Дома ребенок избегает выполнять домашнюю работу по изучаемым в школе предметам (русский язык, математика, чтение). При выполнении домашней работы мама оказывает на ребенка сильное эмоциональное и иногда физическое давление, требует выполнения упражнений, которые ребенку на данном этапе не до-

ступны. В классе при индивидуальном режиме работы учитель настаивает на самостоятельном выполнении ребенком заданий по всем изучаемым предметам. Проблемное поведение отмечается у ребенка на всех уроках. При составлении плана работы с проблемным поведением особое внимание было уделено выработке так называемого рабочего поведения (on-task behavior) – способности усидеть на рабочем месте хотя бы недолго и выполнять простые, заведомо доступные инструкции, интенсивно подкрепляя каждый шаг в правильном направлении. С целью формирования причинно-следственных связей между заданием и подкреплением, а также мотивирования к выполнению вызывающих трудности действий использовалась схема «сначала-потом». Схема представляет собой визуальное отображение деятельности, которую ребенку предстоит выполнять, и подкрепления, которое он получит по ее завершении [7]. При построении учебного процесса планировалось использовать метод «обучения отдельными пробами» (Discrete Trial Teaching). Метод заключается в том, что каждая проба состоит из инструкции взрослого, ответа ученика и обратной связи со стороны взрослого. Отработка нового навыка включает обычно порядка 10 проб, а критерием освоенности нового навыка при обучении является самостоятельное выполнение заданий в 80% случаев [8]. Немаловажную роль в процессе обучения наравне с подкреплением играет помощь, оказываемая взрослым (педагогом или родителями) при выполнении ребенком задания. Она определяется как «действия, направляющие ребенка к желаемой реакции» [9, 54]. Выделяются следующие виды помощи: физическая, вербальная, не-прямая вербальная, моделирование, жестовая, средовые подсказки или определенные звуковые сигналы, направляющие ребенка к правильному ответу. При обучении отдельными пробами одна сложная задача разбивается на несколько простых. Четкая пошаговость обучения, точно проработанные системы подкреплений и помощи взрослого позволяют делать процесс обучения безошибочным для ученика (error less learning). Ситуация успеха ребенка становится доминирующей в процессе обучения. В плане было приведено описание того, как в дальнейшем прово-

дить занятия с ребенком, учитывая проведенную функциональную оценку нежелательного поведения. За пять минут до начала занятия в классе или дома взрослый должен предупреждать ребенка о предстоящей деятельности. Взрослый напоминает о начале занятия каждую минуту, а в последнюю минуту ведет обратный отсчет времени. По истечении времени, если ребенок самостоятельно садится за стол, взрослый незамедлительно дает социальное (похвала) или пищевое (кусочек сухофрукта) подкрепление. Если ребенок не садится за стол, взрослый напоминает об этом физической или вербальной подсказкой. За столом взрослый использует схему «сначала-потом» [6]. Ребенку предоставляется возможность самостоятельного выбора подкрепления. Сначала урок длится не более пяти минут, ребенок выполняет заведомо простые и знакомые задания, с которыми он точно может самостоятельно справиться. На данном этапе акцент делается на формировании рабочего поведения. После того, как ребенок способен находиться за столом от пяти минут и более, в течение которых успешно выполняет инструкции педагога, время занятия постепенно, путем прибавления по пять минут, доводится до стандартной продолжительности урока в школе. Применяя метод отдельных проб, учитель и родители адаптируют задания, вызывающие наибольшие трудности, путем разбиения сложной задачи на несколько простых. Во время обучения обязательно нужно использовать подкрепления и при необходимости оказывать помощь. Ниже приводятся рекомендации учителю и родителям по предъявлению ребенку инструкций при проведении занятий: 1. инструкции должны быть четкими и короткими; 2. после подачи инструкции нужно подождать три секунды ответа; 3. если по истечении трех секунд ответа не последовало, следует повторить инструкцию и оказать один из видов помощи (в зависимости от ситуации); 4. серия проб начинается с наиболее легкого задания и затем постепенно усложняется; 5. каждая серия проб должна завершаться успехом; 6. обязательно нужно сообщать ребенку о том, сколько проб еще предстоит сделать или сколько времени он будет заниматься данным заданием. В последствии, когда длительность урока будет доведена

до принятой в школе, учитель каждые 5–10 минут во время занятия при отсутствии нежелательного поведения подкрепляет поведение ребенка, используя для этого похвалу или пищевое подкрепление в виде сухофруктов. На протяжении двух недель дома и в школе постоянно фиксируются данные по частоте проявлений нежелательного поведения. На графике видно, что случаи проявления нежелательного поведения уменьшились к десятому дню, а в конце второй недели не отмечались совсем. Время урока было увеличено до принятого в школе в течение первой недели. Данная динамика дает основание говорить о том, что выдвинутая гипотеза о функции проблемного поведения была верной, и план работы был составлен корректно. На протяжении трех следующих месяцев собирались данные о динамике. Со слов учителя и родителей, количество эпизодов нежелательного поведения резко сократилось. Также причины, по которым ребенок отказывался сотрудничать со взрослыми, стали понятны окружающим. Например, учитель забыл предупредить ребенка о начале урока, или не оказалось в наличии выбранного ребенком подкрепления.

Выводы. Поведение – динамичное и непрерывно изменяемое явление, которое зависит от характера взаимодействия человека с миром. Многие называемые учителями или родителями «причины» поведения – «непослушный», «неусидчивый», «гиперактивный» – не могут объяснить функции такого поведения [17].

Описанный нами случай наглядно показывает, что проведение функциональной оценки поведения позволяет выявить функцию поведения и составить эффективный план коррекционной работы. Одной из сильных сторон современного прикладного анализа поведения является позитивная направленность обучения: обучающие задачи ставятся всегда с целью научить чему-то ученика, а не избавить его от чего-либо. Для того чтобы понять истинную причину поведения и помочь ребенку адаптироваться и социализироваться в школьной среде, необходимо обратиться к науке о поведении и найти движущие силы поведения – цели поведения. Рассмотрение процесса обучения как условия для формиро-

вания поведения, а не как передачу знаний и фактов, позволяет сосредоточить внимание на условиях, необходимых для приобретения оптимальных форм поведения и способах их поддержания. Наконец, использование подкрепления позволяет учителю формировать желательное поведение учащихся, одновременно подавая пример положительного взаимодействия с окружающими.

Литература

1. Белопольская Н.Л. Проблемы психологической диагностики и коррекции нарушений поведения у детей / Под ред. Т.А. Басиловой, Н.Л. Белопольской, В.А. Лониной // Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья. – М.: МГППУ, 2011. – С. 10–15.

2. Веденина М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации / М.Ю. Веденина, О.Н. Окунева // Дефектология. – 1997. – № 2. – С. 31–40.

3. Девульф М. Поддержка позитивного поведения в психологической науке и образовании / М. Девульф, Л. Дж., Андреа, М.А. Лайтон // Психологическая наука и образование. – 2012. – № 4.

4. Дробинская А.О. Дифференцированный подход к коррекции агрессивного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра / А.О. Дробинская, Т.А. Басиловой, Н.Л. Белопольской, В.А. Лониной // Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья. – М.: МГППУ, 2011. – С. 20–23.

5. Костин И.А. Поведенческий подход к коррекции детского аутизма: основные понятия / И.А. Костин // Воспитание и обучение детей с нарушениями в развитии. – 2009. – № 1. – С. 54–60.

6. МакКланнахан Л. Расписания для детей с аутизмом / Л. МакКланнахан, П. Крантц. – М.: ОП Добро, 2013. – 124 с.

7. Мелешкевич О. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА): принципы коррекции проблемного поведения

и стратегии обучения детей с расстройствами аутистического спектра и другими особенностями развития / О. Мелешкевич, Ю. Эрц. – Самара: издательский дом «Бахрах–М», 2014. – 208 с.

8. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах: пособие для учителя-дефектолога / С.С. Морозова. – М.: ВЛАДОС, 2007. – 176 с.

9. Беткер Л.М. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройством аутистического спектра: учебно–методическое пособие для учителей и специалистов образовательных организаций / Л.М. Беткер. – Ханты-Мансийск: РИО ИРО, 2013. – 82 с.

10. Рихмаер Е.А. Построение программы коррекции школьной дезадаптации / Е.А. Рихмаер // Психологическая наука и образование. 2007. – № 5. – С. 62–70.

11. Эрц-Нафтульева Ю.М. Наглядные материалы и расстройства аутистического спектра / Ю.М. Эрц-Нафтульева // Аутизм/АВА–терапия, 2013, – № 5.

12. Эрц-Нафтульева Ю.М. Проведение процедуры «функциональный анализ поведения» / Ю.М. Эрц-Нафтульева, Е.Б. Жесткова // Аутизм и нарушения развития. – 2014. – № 4. – С. 24–31.

13. BACB Professional and Ethical Compliance Code for Behavior Analysts. – URL: <http://bacb.com/ethics-code/> (дата обращения: 05.02.2016).

Бузмакова Д.В. Особенности нарушения поведения детей с аутизмом / Д.В. Бузмакова // Вопросы педагогики. – 2016. – С. 10–14.

Аннотация. В статье рассматриваются особенности проблемного поведения у детей с аутизмом и сформированность навыков социально-бытового поведения у детей с расстройством аутистического спектра.

Ключевые слова: аутизм, поведение, диагностика нарушения, психологический анамнез, формирование навыков социально-бытового поведения.

В педагогической психологии достаточно важное место занимает познание поведения у детей и подростков. Если же поведение отличается от общепринятых норм, то этот вопрос занимает особое внимание у специалистов. Ещё Л.С. Выготский утверждал: «Наподобие того, как патология рождает физиологию, главные законы детского развития и воспитания являются с наибольшей отчетливостью тогда, когда они изучаются в формах, отклоняющихся от общего пути» [1].

По данным психологических исследований [2,3,4], можно сказать, что у достаточно большого количества детей наблюдаются различного рода трудности, среди которых нарушение поведения играет главную роль. Однако, в психологической литературе недостаточно раскрыто понятие и типология нарушений поведения у детей. Поведение рассматривается как психологическая и физическая манера поведения с учетом общепринятых стандартов, установленных в социальной группе, к которой принадлежит индивид [5]. Вследствие чего, нарушение поведения характеризуется как устойчивые периодически повторяющиеся поступки, имеющие в себе склонность преимущественно к асоциальной устремленности с картиной, распространившейся на глубоком уровне дезадаптации поведения. Они проявляются в отклонение характерных для определенного возраста социальных норм. При этом главным критерием для диагностики нарушений поведения у нормы являются побег из дома, целенаправленная лживость, воровство у взрослых или сверстников, беспричинные пропуски школьных занятий, вандализм и намеренная порча чужой собственности, сексуальное насилие, жестокое отношение к животным, к людям.

Проблемы с нарушением поведения требуют от специалистов внимания и осторожного к ним отношения даже при нормальном развитии ребенка, а если мы сталкиваемся с проблемами поведения у детей с расстройством аутистического спектра, то требуется очень

осторожные отношения к себе, особенно на первых этапах коррекции нарушений поведения [5].

Одним из главных нарушений поведения в характеристике ребенка с расстройством аутистического спектра выступает социально-бытовое поведение, которое привлекает к себе внимание не только специалистов, но обращает на себя пристальное внимание близких людей аутичного ребенка [3]. В связи с этим целью исследования являлось определить возможности коррекционной и психотерапевтической работы для преодоления проблемного поведения и для повышения уровня социальной адаптации ребенка с расстройством аутистического спектра. Исследование началось в феврале 2015 года со сбора психологического анамнеза детей с РАС. Выяснение особенностей бытового поведения оказалось сложным во время первичного приема. Некоторые бытовые проблемы уже стали для родителей неотъемлемой частью семейного стереотипа, что родителям не приходило в голову пожаловаться на них – они уже автоматически сами предлагают ребенку сходить в туалет, одевают его на прогулку, прячут все режущие или рвущиеся предметы и опасные растворы.

Во время сбора психологического анамнеза нами использовались не только прямые вопросы о сформированности навыков самообслуживания, реакции на переезд или наличии страхов, но и постепенное косвенное выяснение информации. Пример: для того чтобы узнать, есть ли у ребенка страх чужих людей, мы могли спросить: «Часто ли у вас были гости в первый год жизни Вашего ребенка? Как он реагировал присутствию мало знакомых ему людей? Шел к ним на руки? Чем занимался в их присутствии?» Для того чтобы понять реакцию ребенка на перемену обстановки, мы расспрашивали: «Ездили ли Вы с ним куда-нибудь? Как он вел себя в поезде? Не нарушились ли в новой обстановке его сон, навыки самообслуживания?» и т.д. Такого рода вопросы и наблюдения помогли нам представить достаточно полную картину проблем социально-бытового поведения ребенка с аутизмом. Возможно, если бы мы ограничились лишь беседой с родителями, некоторые мелкие,

но важные детали владения бытовыми навыками могли очень долго оставаться невыясненными. К примеру, родители утверждали, что ребенок одевается сам, но в действительности оказывалось, что каждую деталь одежды ему необходимо давать в руки и при этом в определенной последовательности, иначе трусы могли быть одеты поверх брюк. Или, родитель утверждает, что проблем с едой у них нет, но родители умалчивали о том, что за стол ребенок не садится, он бегает по кругу стола и «кусочничает» без использования вилки.

Для того, чтобы выяснить наиболее характерные трудности социально-бытового поведения детей с расстройством аутистического спектра, мы использовали опросники, с желанием определить уровень сформированности навыков социально-бытового поведения, и интервью с родителями, уточняющие полученную с помощью опросников информацию.

Опросник состоял из следующих видов шкал:

1. Навыки гигиены
2. Умение одеваться и раздеваться
3. Поведение за столом (во время приема пищи)
4. Поведение на улице, поведение в транспорте
5. Социальное поведение, общение
6. Умение занять свободное время
7. Страхи, ощущения брезгливости и сверхчувствительность

Выделяются 3 градации оценки уровня сформированности навыка:

1. «самостоятельное выполнение» – в случае, когда ребенок выполняет действие полностью самостоятельно, без посторонней помощи;
2. «выполнение с помощью» – в случае, когда для выполнения действия ребенок нуждается в дополнительной инструкции или жеста, демонстрации или других видов поддержки;
3. «навык недоступен» – в случае, когда действие не сформировано полностью. Проведя анализ данных анамнеза, проанализировав и сопоставив информацию, полученную из опросников для родителей и

бесед с ними, и, разумеется, собственных наблюдений, были выявлены следующие тенденции.

Сопоставив результаты, можно утверждать, что из основных навыков гигиены возникают больше всего трудностей с мытьем головы, с чисткой ушей, подстриганием ногтей и умением высморкать нос. Достаточно часто большую трудность вызывает чистка зубов, то присуще младшим школькам и некоторым детям в возрасте 10–12 лет, проанализировав в нашем исследовании детей от 12 до 16 с подобной трудностью мы не встретились. Навык чистки зубов для большинства детей с аутизмом наиболее важен, в связи с тем, что большинству присуща большая избирательность в еде и от этой избирательности у многих детей начинают особенно рано болеть и даже портить зубы. В этом вопросе и у младших школьников родители и специалисты, работающие с ними, утверждают о проявлении нетерпимости к щетке. Дети очень сильно и негативно реагируют, если им чем-то, не обязательно щёткой, лезут в рот. Также достаточно часто мы сталкиваемся с затруднением научить ребенка сплевывать пасту. В среднем возрасте у детей нашего исследования, у которых встретилась данная трудность, на первый план выступила моторная неловкость и нарушение схем действий. Иногда все вышеперечисленные трудности гигиены непосредственно связаны со страхами, которые испытывает ребенок. Из 27 человек принявших участие в нашем исследовании у всех были выявлены проблемы с едой, большая избирательность в еде. Кому-то эта избирательность присуща сильнее, у кого-то более слабо выражена.

Сопоставив факты, удалось заметить, что в младшем школьном возрасте эта проблема имеет более высокий и сильный характер, нежели у детей в возрасте 14–16 лет. Во время еды, особенно в стенах учебного заведения, у некоторых детей часто наблюдается не способность, возможно не желание, ждать своей очереди. Среди младших школьников и достаточно часто неречевых подростков с тяжелыми последствиями можно наблюдать частое вскакивание во время еды. Из 27 человек, 20 не пользуются ножом, в некоторых случаях нож лучше даже не пред-

лагать. Многим присуща способность попытаться отобрать еду у кого-то или схватить её с чужой тарелки (Денис Х. к примеру всегда кричит, прежде чем отобрать : «Это мой кока кола!» или «Это мой бутерброд!» и после этих слов пытается забрать «свое» по его мнению.)

Говоря о навыках самообслуживания, то мы сталкиваемся с наибольшей проблемой в застегивании пуговиц, кнопок, молнии, особенно это сложно для мальчишек на брюках. Вызывает затруднение завязывание шнурков. Большинство детей участвующих в исследовании имеют склонность к путать перед и зад на одежде, право и лево на обуви, поэтому часто получается, что левый ботинок одет на правой ноге, а красивый рисунок на кофте, который должен красоваться на груди, мы видим со спины ребенка. Дети практически никогда не сообщают о непорядке с одеждой взрослым и уж тем более сами не пытаются его изменить. Часто отмечается желание детей, это присуще как некоторым младшим школьникам, так и подросткам 15–16 лет, ходить нагими. Некоторые имеют такую склонность исключительно в помещении, а вот некоторые не прочь и на улицу выйти в таком образе. Данная привычка может остаться и во взрослом возрасте. Это может быть связано с повышенной сензитивностью. [3]

Часть элементарных навыков самообслуживания может оставаться долгое время несформированными. Даже у некоторых подростков, которым присуще хорошие интеллектуальные способности. Их необходимо постоянно контролировать и стоя рядом, напоминать порядок одевания вещей, указывать на неправильность их попытки одеть и поправляя их. У многих остаются затруднения с некоторыми с завязыванием шнурков. С младшими школьниками мы часто сталкиваемся с трудностями езды в транспорте. Многие из них могут начать кричать, особенно, если это общественный транспорт и они сталкиваются с толпой. Из 27 человек участвовавших в исследовании , 24 переходят улицу вместе с родителями. Как вариант эти данные могут быть связаны с возрастом большинства детей, с которыми мы работали, но, однако, ведь в исследова-

нии участвовали и шестнадцатилетние дети, а их родители тоже не отпускают одних на улицу и берут за руку переходя дорогу.

Практически у всех детей отмечается брезгливость, конечно, в той или иной степени. Всем детям присуща сверхчувствительность к резким звукам. Некоторые дети, в количестве десяти разновозрастных участников эксперимента не переносят если на их одежду капает вода. Обычный маленький дождь вызывает сильную реакцию с их стороны. С трудностями овладения навыками помощи по дому и организации своего свободного времени нами отмечалось как в младшем школьном, так и подростковом возрасте. Некоторые накрывают на стол, но только вместе со взрослым, или под контролем взрослых.

Говоря о социальных навыках, можно утверждать, что самую большую трудность вызывает необходимость задать вопрос, по имени позвать кого-то, выразить благодарность, попросить о помощи. По нашим наблюдениям можно сказать, что криком и самоагрессией, они часто пытаются добиваться своего. Многим трудно терпеть и ожидать внимания или ожидать какого-либо действия со стороны взрослого, осознать неудачу, не трогать чужие вещи. Лишь четверо детей могут самостоятельно совершить покупку в магазине: 1 с первой группы испытуемых (младший школьный возраст), 1 ребенок из второй группы и 2 из третьей группы, состоящей из детей 14–16 лет. Нужно обязательно сказать, что такой вид социальных навыков, как попросить помощи, поблагодарить, совершить покупку, очень сложно применить всем детям в реальной жизни. Младшие школьники участвующие в эксперименте не соблюдают правила и очередь в игре, если конечно они владеют способностью играть (Петр П. не имеет данной способности).

При предоставлении свободного времени дети начинают возиться с водой, лепить из пластилина при этом и есть его, играть в мяч, рисовать, листать книги, хватать настольные игры, бегать по комнате и кричать, прыгать, теребить игрушку или ещё что-то. Многие из них способны за одним и тем же действием провести более трех часов не отрываясь, другие увлекаются на 15–20 минут, потом переключая своё внима-

ние ещё на что-то, но потом все же опять возвращаются к действию, которое выполняли до этого. Необходимо отметить, что заметно отличаются дети, которые имеют наибольший контакт со сверстниками при нормативном развитии. У них лучше сформированы некоторые навыки самообслуживания.

На мой взгляд, достаточно большой проблемой у всех 27 человек принявших участие в эксперименте является социальная наивность. Также у всех детей отмечается брезгливость и эмоциональная ранимость. Некоторые родители отмечают, что их дети требуют постоянного внимания в свой адрес, но при этом утверждают, их ребенок способен занять себя самого. Задав вопрос родителям: «Как Вы считаете, какова причина несформированности социально-бытового поведения у Вашего ребенка?», от многих мы получили один и тот же ответ. В качестве возможной причины несформированности социально-бытового поведения родители называли, в первую очередь, неумение их ребенка сосредоточиться.

На втором месте оказалась: невозможность ребенка удержать задание в голове и не умение организовывать самому свою деятельность. На третьем месте стоят страхи. Удалось выявить, что большинство родителей совершают одну и ту же ошибку: идут на поводу у своих детей. Они не пресекают, а иногда даже благотворно влияют "кусочничеству" ребенка, достаточно хорошо зная своего ребенка и понимая его, они многое делают за него, не требовательны. Такая гиперопека со стороны родителей приводит к неприспособленности ребенка в будущем. Таким образом, анализируя сложности социально-бытового поведения, мы видим, что в глубине их лежит гиперчувствительность, страхи и тревожность. С возрастом эти проблемы, конечно, смягчаются, но, тем не менее, по-прежнему остается неуверенность, неловкость, неумение самостоятельно организовать свою деятельность и в итоге – полнейшая зависимость от взрослого. Именно отсюда мы и видим необходимость в разработке коррекционной программы. С одной стороны коррекционная работа сталкивается с трудностью у ребенка в преодолении возникающих трудностей, а также невозможностью переноса приобре-

тенного навыка из одной ситуации в другую. С другой стороны, успешной адаптации детей мешает гиперопека родителей. Родителям сложно требовать, контролировать и постоянно отрабатывать адекватное поведение. Для решения этой задачи крайне важно разработать коррекционную программу для каждого ребенка, в которой родитель и специалист могли бы успешно взаимодействовать и работать в одном направлении поведения.

В связи с тем, что эта задача не является невыполнимой, то в итоге ребенок будет иметь успех и именно этот успех, овладение конкретным навыком, пусть и простым, за который его хвалят и поощряют, является подкрепляющим моментом и стимулирует к дальнейшим успехам. Родителям данная задача и успех их ребенка помогает настроиться на плодотворную работу. Однако, нам представляется более приемлемым проводить коррекционную работу не в виде жестко организованной серии инструкций и уроков, а с использованием более естественных ситуаций. Сформированная у ребенка способность выполнять инструкции и подражать может служить основой для обучения во взаимодействии со взрослым и другими детьми. Одновременно с этим, крайне важную роль играет проявление собственной активности аутичного ребенка для самостоятельного и спонтанного использования усвоенных навыков. От специалиста необходимо умение вовремя поддержать инициативу ребенка. Крайне важно, чтобы жесткая организация коррекции ни в коем случае не являлась игнорированием или подавлением спонтанной активности ребенка.

Литература

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский. – СПб., 2003. – 38 с.
2. Исаев Д.Н. Аутические синдромы у детей и подростков: механизмы расстройств поведения / Д.Н. Исаев, В.Е. Каган // Патологические нарушения поведения. – Л., 1973. – 251 с.
3. Мэш Э. Детская психология / Э.Мэш, Д. Вольф. – Прайм-Еврознак, 2003. – С. 164–255.
4. Ульянова Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми / Р.К. Ульянова // Педагогический поиск. – 1999. – № 9. – с. 11–29.

Артемова Е.Э. Особенности поведения детей с расстройствами аутистического спектра / Е.А. Артемова, Е.В. Имаева // Актуальные проблемы теории и практики современного специального образования. – 2017. – С. 122–124.

Аннотация. В статье рассматриваются теоретические и методические вопросы, касающиеся коррекции расстройств аутистического спектра у дошкольников. В частности вопросы формирования навыков социального поведения. Нарушение социального взаимодействия является одной из основных характеристик поведения детей с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: нарушение поведения, дошкольники с расстройствами аутистического спектра, социальное взаимодействие, социальное поведение

Поведение человека – это личностно направленные или социально значимые действия, источником которых и является он сам.

Существуют классификации поведения по многим параметрам, классификации различаются у разных исследователей. Наибольшее количество видов выделяют в социальном поведении.

Социальное поведение человека представляет собой действие или их сочетание среди людей и относительно них. При этом такие действия должны быть социально значимыми – иметь значение для окружающих.

Социальное поведение может быть девиантным (отклоняющимся) и делинквентным (наносящим вред окружающим), адекватным или неадекватным ситуации и сложившимся обстоятельствам, конфликтным и конформным и т.д. [2]

Поведение человека по большей части представляет социальный аспект, однако имеет место и индивидуальное – оно осуществляется в парадигме «я и предметы». Оно также классифицируется на ошибочное и верное, адекватное и неадекватное и т.д.

Согласно другим параметрам поведение разделяют на врожденное, приобретенное, творческое [1].

В первом случае считаются поведением действия, запрограммированные генетически. Также к ним относят выученные в первые часы жизни. Во втором случае поведение формируется в результате научения, воспитания.

Частью приобретенного поведения выступают также речь, лексические нормы, правила поведения, устои, установки и проч. Отдельной категорией выступает заученное поведение – сформированная на примере других значимых взрослых модель поведения. В ряде случаев им считают также и фобические реакции, например, в случаях, когда ребенок не сталкивался с высотой, но у него сформирована акрофобия [5].

Творческое поведение – действия, созданные самим человеком. Оно представляет собой конструктивное, созидательное действие.

Существует большое количество факторов, оказывающих влияние на поведение человека, однако этот вопрос является наиболее спорным в психологии поведения. В настоящее время выделяют несколько основных концепций, объясняющих человеческое поведение.

Теория личностных черт. Согласно этому направлению, поведение человека детерминируется (предопределяется) индивидуальными чертами. Согласно некоторым исследователям, человек может иметь от 2 до 10 основных черт характера, которые и определяют общий «курс» его действий.

Бихевиористская теория. Она определяет поведенческий акт как реакцию на стимул. Поведение представляет собой совокупность эмоциональных, двигательных, речевых реакций, формирующихся в ответ на влияние внешней среды. При рождении у человека уже имеется определенный репертуар генетических реакций. В ходе жизнедеятельности воздействие стимула провоцирует создание новых реакций на базе этого репертуара, безусловные стимулы соединяются с условными, образуя сложные системы.

Теория социального научения. Согласно ей, поведение человека определяется ролями и паттернами. Они, в свою очередь, формируются в процессе наблюдения за социальными моделями. Личность представ-

ляет собой продукт взаимодействия «Я» и окружающей среды, поэтому на поведение оказывают влияние окружение человека, значимые взрослые, герои фильмов, педагоги, товарищи и т.д. Эта теория хорошо объясняет вариативность поведенческих актов в зависимости от обстоятельств, но мало внимания уделяет личностным качествам как фактору определения моделей поведения [2].

Психоаналитическая теория. Она представляет собой наибольшую противоположность бихевиоризму и гласит: поведение есть результат разрешения внутриличностного конфликта. Противоречивые стремления неосознанны, поэтому должны распознаваться как внутренние конфликты и анализироваться соответствующим образом. [4]

Когнитивная теория. Поведение согласно ей представляет собой не механический ответ на стимул, а результат интерпретации конкретной ситуации, которая реализуется за счет уже имеющихся знаний и опыта. Поведенческие действия зависят, прежде всего, от собственной оценки обстоятельств человеком, поэтому предметами изучения должны быть: получение информации, ее объяснение, создание и распознавание образа, воображение, речь и т.д.

Гештальт. Согласно этой теории, личность воспринимает мир в виде целостных образов, при этом взаимодействуя с окружающей действительностью, он выделяет наиболее актуальные здесь и сейчас целостности.

Поведение же – это проявление бытия в виде единого образа. Именно поэтому характеристика «здесь и теперь» является первичной в трактовке тех или иных действий человека [1].

Теория групповой динамики. Поведение человека напрямую зависит от коллективной деятельности, поскольку он является не только участником группы, но и ее продуктом. Это предположение «работает» только в отношении поведения именно в группе, чаще в рабочем коллективе.

Нарушение социального взаимодействия при аутизме встречается в ста процентах случаев. Они некоммуникабельны, активно избегают своих сверстников [3].

Ребенок с аутизмом не контактирует физически, таким образом он ограничивает свое взаимодействие с окружающими людьми.

Дети с расстройствами аутистического спектра отличаются от обычных детей еще и спецификой игры. Интерес малыша может сводиться к складыванию и выстраиванию игрушек в определенной последовательности, к пересчитыванию машин на стоянке. Иногда у детей с расстройствами аутистического спектра могут быть даже различные увлечения. Но отличием всех этих интересов является отсутствие социального содержания. Детей не интересуют люди, изображенные на марках или страны, откуда они присланы. Они не интересуются игрой, но их могут привлекать различные статистические данные.

Часто наблюдаются стереотипии в еде, одежде, маршрутах прогулок. Они приобретают характер ритуалов.

Например, ребенок всегда идет одной и той же дорогой, предпочитает одну и ту же еду, одежду. Дети постоянно выстукивают один и тот же ритм, вертят в руках колесико, раскачиваются под определенный такт на стуле, быстро перелистывают страницы книг.

По поводу возможных причин такого поведения существует множество теорий. Сторонники одной из них рассматривают стереотипии как вид аутостимуляции. Согласно этой теории тело ребенка-аутиста является гипочувствительным и поэтому оно проявляет аутостимуляцию, для того чтобы возбудить нервную систему [7].

Сторонники другой, противоположной концепции, считают, что окружающая среда является гипервозбудимой для ребенка. С целью успокоить тело и устранить воздействие окружающего мира ребенок использует стереотипное поведение.

Нарушение чувства самосохранения, которое проявляется аутоагрессией, встречается у одной трети детей при аутизме. Природа такого поведения мало изучена. Многие специалисты предполагают, что такое поведение обусловлено снижением порога болевой чувствительности. Это подтверждается отсутствием плача при ударах и падениях малыша.

Кроме аутоагрессии может наблюдаться агрессивное поведение, направленное на кого-либо. Причиной такого поведения может быть защитная реакция. Очень часто она наблюдается, если взрослый пытается нарушить привычный уклад жизни ребенка. Однако попытка противостоять переменам также может проявляться и в аутоагрессии. Эти действия прекращаются, как только прекращается вмешательство в его мир. Таким образом, в данном случае, такое поведение является формой общения с окружающим миром. В связи с этим важно учитывать разнообразные факторы, оказывающие влияние на поведение человека в каждый конкретный момент и при определенных обстоятельствах.

Литература

1. Аверин В.А. Психология личности: Учебное пособие / В.А. Аверин. – СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 1999. – 89 с.
2. Андреева Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 384 с.
3. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг М.М. – М., 1999. – 173 с.
4. Майерс Дэвид Дж. Социальная психология / Дэвид Дж. Майерс. СПб.: Питер, 2007. – 794 с.
5. Маклаков А.Г. Общая психология / А.Г. Маклаков. – СПб., Питер, 2016. – 583 с.
6. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И.И. Мамайчук. – СПб., 2007. – 288 с.
7. Никольская О.С. Аффективная сфера человека: взгляд сквозь призму детского аутизма / О.С. Никольская. – М., 2000. – С. 6–28.

Cristan F. Classifying and characterizing the development of adaptive behavior in a naturalistic longitudinal study of young children with autism / F. Cristan, S. Lauren, S. Susan, T. Audrey // Journal of Neurodevelopmental Disorders. – 2018. – № 10.

(Классификация и характеристика развития адаптивного поведения в лонгитюдном исследовании детей раннего возраста с аутизмом)

Аннотация. Адаптивное поведение, или способность функционировать является ключевым фенотипическим звеном в расстройствах аутистического спектра (ASD). На сегодняшний день мало исследований развития адаптивного поведения в дошкольном и школьном возрасте. Существующие данные показывают, что степень способности и нарушения, связанные с ASD, и то, как она проявляется с течением времени, неоднородны.

В этом анализе обобщены данные одного из немногих продольных исследований ASD, включающих переход от дошкольного к школьному возрасту, копируя с помощью сложного статистического моделирования общие результаты предыдущих исследований, изучающих развитие адаптивного поведения. Эти результаты показывают, что ранние задержки в адаптационном поведении стабильны или ухудшаются от дошкольного до школьного возраста для большинства детей. Для некоторых детей с более низкими адаптационными способностями этот более медленный, чем ожидалось, рост приводит к снижению совокупных стандартных показателей в детстве. Эти результаты дают критический контекст для интерпретации изменений в показателях адаптивного поведения в клинических испытаниях.

Литература

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author; 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.

3. Dykens E, Lense M. Intellectual disabilities and autism spectrum disorder: a cautionary note. In: Amaral D, Geschwind D, Dawson G, editors. *Autism spectrum disorders*. Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 261–9.
4. Volkmar F, Sparrow S, Goudreau D, Cicchetti DV, Paul R, Cohen D. Social deficits in autism: an operational approach using the Vineland Adaptive Behavior Scales. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987; 26:156–61.
5. Kenworthy L, Case L, Harms MB, Martin A, Wallace GL. Adaptive behavior ratings correlate with symptomatology and IQ among individuals with high-functioning autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2010; 40:416–23.
6. Zander E, Bolte S. The new DSM-5 impairment criterion: a challenge to early autism spectrum disorder diagnosis. *J Autism Dev Disord*. 2015; 45:3634–43.
7. Scahill L. Diagnosis and evaluation of pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(Suppl 10):19–25.
8. Magiati I, Tay XW, Howlin P. Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: a systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clin Psychol Rev*. 2014;34:73–86.
9. Hedvall A, Westerlund J, Fernell E, Norrelgen F, Kjellmer L, Olsson MB, Carlsson LH, Eriksson MA, Billstedt E, Gillberg C. Preschoolers with autism spectrum disorder followed for 2 years: those who gained and those who lost the most in terms of adaptive functioning outcome. *Autism Dev Disord*. 2015;45:3624–33.
10. Kraijer D. Review of adaptive behavior studies in mentally retarded persons with autism/pervasive developmental disorder. *Autism Dev Disord*. 2000;30:39–47.
11. Green MF, Schooler NR, Kern RS, Frese FJ, Granberry W, Harvey PD, Karson CN, Peters N, Stewart M, Seidman LJ, et al. Evaluation of functionally meaningful measures for clinical trials of cognition enhancement in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2011;168:400–7. van der Lee JH, Morton J,

12. Adams HR, Clarke L, Ebbink BJ, Escolar ML, Giugliani R, Har-
matz P, Hogan M, Jones S, et al. Cognitive endpoints for therapy development
for neuronopathic mucopolysaccharidoses: results of a consensus procedure.
Mol Genet Metab. 2017; 121:70–9.
13. Bal VH, Farmer C, Thurm A. Describing function in ASD: using
the DSM-5 and other methods to improve precision. *J AutismDevDisord.*
2017;47:2938–41.
14. Anagnostou E, Jones N, Huerta M, Halladay AK, Wang P, Scahill
L, Horrigan JP, Kasari C, Lord C, Choi D. Measuring social communication
behaviors as a treatment endpoint in individuals with autism spectrum disorder.
Autism. 2015;19:622–36.
15. Kanne SM, Gerber AJ, Quirnbach LM, Sparrow SS, Cicchetti
DV, Saulnier CA. The role of adaptive behavior in autism spectrum disorders:
implications for functional outcome. *J AutismDevDisord.* 2011;41:1007–18.
16. Scahill L, Bearss K, Lecavalier L, Smith T, Swiezy N, Aman MG,
Sukhodolsky DG, McCracken C, Minshawi N, Turner K, et al. Effect of par-
ent training on adaptive behavior in children with autism spectrum disorder
and disruptive behavior: results of a randomized trial. *J Am Acad Child Adoles-
c Psychiatry.* 2016; 55:602–9.
17. Berry-Kravis E, Hagerman R, Visootsak J, Budimirovic D,
Kaufmann WE, Cherubini M, Zarevics P, Walton-Bowen K, Wang P,
Bear MF, Carpenter RL. Arbaclofen in fragile X syndrome: results of phase 3
trials. *J NeurodevDisord.* 2017;9:3.
18. Veenstra-VanderWeele J, Cook EH, King BH, Zarevics P,
Cherubini M, Walton-Bowen K, Bear MF, Wang PP, Carpenter RL. Arbaclo-
fen in children and adolescents with autism spectrum disorder: a randomized,
controlled, phase 2 trial. *Neuropsychopharmacology.* 2017;42:1390–8.
19. Scahill L, McDougle CJ, Aman MG, Johnson C, Handen B,
Bearss K, Dziura J, Butter E, Swiezy NG, Arnold LE, et al. Effects of risperi-
done and parent training on adaptive functioning in children with pervasive
developmental disorders and serious behavioral problems. *J Am Acad Child
Adolesc Psychiatry.* 2012; 51:136–46.

20. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, Donaldson A, Varley J. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*. 2010;125:e17–23.
21. Hardan AY, Gengoux GW, Berquist KL, Libove RA, Ardel CM, Phillips J, Frazier TW, Minjarez MB. A randomized controlled trial of Pivotal Response Treatment Group for parents of children with autism. *ChildPsycholPsychiatry*. 2015;56:884–92.
22. Green J, Pickles A, Pasco G, Bedford R, Wan MW, Elsabbagh M, Slonims V, Gliga T, Jones EJ, Cheung CH, et al. Randomised trial of a parent-mediated intervention for infants at high risk for autism: longitudinal outcomes to age 3 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017; 58:1330–40.
23. Chatham CH, Taylor KI, Charman T, LiogierD’ardhuy X, Eule E, Fedele A, Hardan AY, Loth E, Murtagh L, Del Valle Rubido M, et al. Adaptive behavior in autism: minimal clinically important differences on the Vineland-II. *Autism Res*. 2017.
24. Bishop SL, Farmer C, Thurm A. Measurement of nonverbal IQ in autism spectrum disorder: scores in young adulthood compared to early childhood. *Autism Dev Disord*. 2015; 45:966–74.
25. Lord C, Bishop S, Anderson D. Developmental trajectories as autism phenotypes. *Am Med Genet C Semin Med Genet*. 2015; 169:198–208.
26. Bolte S, Poustka F. The relation between general cognitive level and adaptive behavior domains in individuals with autism with and without co-morbid mental retardation. *ChildPsychiatryHumDev*. 2002;33:165–72.
27. Jung T, Wickrama K. An introduction to latent class growth analysis and growth mixture modeling. *Soc Personal Psychol Compass*. 2008; 2:302–17.
28. Baghdadli A, Assouline B, Sonié S, Pernon E, Darrou C, Michelon C, Picot M-C, Aussilloux C, Pry R. Developmental trajectories of adaptive behaviors from early childhood to adolescence in a cohort of 152 children with autism spectrum disorders. *AutismDevDisord*. 2012; 42:1314–25.

29. Bal VH, Kim SH, Cheong D, Lord C. Daily living skills in individuals with autism spectrum disorder from 2 to 21 years of age. *Autism*. 2015; 19:774–84.
30. Szatmari P, Georgiades S, Duku E, Bennett TA, Bryson S, Fombonne E, Mirenda P, Roberts W, Smith IM, Vaillancourt T, et al. Developmental trajectories of symptom severity and adaptive functioning in an inception cohort of preschool children with autism spectrum disorder. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72:276–83.
31. Rutter M, Le Couteur A, Lord C. Autism diagnostic interview-revised. Los Angeles: Western Psychological Services; 2003.
32. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S. Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Los Angeles, California: Western Psychological Services; 1999.
33. Mullen EM. Mullen scales of early learning. Circle Pines: American Guidance Service; 1995.
34. Elliott CD, editor. Manual for the differential ability scales, second edition. San Antonio, TX: Harcourt Assessment; 2007.
35. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families; 2001.
36. Sparrow SS, Cicchetti DV, Balla DA. Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition. Circle Pines, MN: AGS Publishing; 2005.
37. Ram N, Grimm KJ. Methods and measures: growth mixture modeling: a method for identifying differences in longitudinal change among unobserved groups. *Int J Behav Dev*. 2009;33:565–76.
38. Masyn KE. Latent class analysis and finite mixture modeling. In: *The Oxford handbook of quantitative methods in psychology: Vol 2*; 2013.
39. Pugliese CE, Anthony LG, Strang JF, Dudley K, Wallace GL, Naiman DQ, Kenworthy L. Longitudinal examination of adaptive behavior in autism spectrum disorders: influence of executive function. *Autism Dev Disord*. 2016;46:467–77.

40. Hill TL, Gray SA, Kamps JL, Enrique Varela R. Age and adaptive functioning in children and adolescents with ASD: the effects of intellectual functioning and ASD symptom severity. *Autism Dev Disord.* 2015;45:4074–83.
41. Perry A, Flanagan HE, Dunn Geier J, Freeman NL. Brief report: the Vineland Adaptive Behavior Scales in young children with autism spectrum disorders at different cognitive levels. *J Autism Dev Disord.* 2009;39:1066–78.
42. Flanagan HE, Smith IM, Vaillancourt T, Duku E, Szatmari P, Bryson S, Fombonne E, Mirenda P, Roberts W, Volden J, et al. Stability and change in the cognitive and adaptive behaviour scores of pre-schoolers with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2015; 45:2691–703.
43. Klin A, Saulnier CA, Sparrow SS, Cicchetti DV, Volkmar FR, Lord C. Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: the Vineland and the ADOS. *J Autism Dev Disord.* 2007;37:748–59.
44. Budimirovic DB, Berryaa-Kravis E, Erickson CA, Hall SS, Hessel D, Reiss AL, King MK, Abbeduto L, Kaufmann WE. Updated report on tools to measure outcomes of clinical trials in fragile X syndrome. *J Neurodev Disord.* 2017; 9:14.
45. McConachie H, Parr JR, Glod M, Hanratty J, Livingstone N, Oono IP, Robalino S, Baird G, Beresford B, Charman T, et al. Systematic review of tools to measure outcomes for young children with autism spectrum disorder. *Health Technol Assess.* 2015; 19:1–506.

Lambrechts G. Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors Boonen / G. Lambrechts, I. Zink, L. Van, N. Karla // Ilse Elsevier Research in Autism Spectrum Disorders. – 2014. – № 8. – P. 716–725.

Исследования четко показали, что проблемы поведения распространены среди детей с РАС. Эти проблемы ставят детей с РАС и их семьи в группу риска для целого ряда негативных результатов. Это исследование вопросника было направлено на изучение того, связаны ли и как возрастные, гендерные и коммуникативные трудности на уровне ребенка и родительское поведение на уровне семьи с экстернализацией и интернализацией проблем среди детей с РАС ($n = 206$) и без РАС ($n = 187$) в возрасте 6–12 лет. Результаты показали, что прагматические языковые трудности ребенка и негативный контроль родительского поведения внесли значительный и уникальный вклад в экстернализацию проблем поведения для группы детей с РАС. В контрольной группе, хронологический возраст и прагматические языковые трудности были самые надежные одновременных предикторы экстернализация проблемы. Что касается интернализации проблем, то прагматические языковые трудности и адаптированное родительское поведение детей с РАС были значимыми предикторами как для детей с РАС, так и для контрольной группы.

Ключевые слова: РАС, дети с РАС, поведение

Литература

1. Achenbach, T. M. (1991). Manual for Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
2. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.
3. Bader, S. H., & Barry, T. D. (2014). A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors

in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2820–2831.

4. Baker, J. K., Messinger, D. S., Lyons, K. K., & Grantz, C. (2010). A pilot study of maternal sensitivity in the context of emergent autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 988–999.

5. Baker, J.K., Smith, L.E., Greenberg, J.S, Seltzer, M.M., & Taylor. (2011). Change in maternal criticism and behavioral problems in adolescents and adults with autism across a 7-year period. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 465–475.

6. Bauminger, N., Solomon, M., & Rogers, S. J. (2010). Externalizing and internalizing behaviors in ASD. *Autism Research*, 3, 101–112.

7. Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 702–714.

8. Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, 75, 81–95.

9. Billstedt, E., Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: Symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1102–1110.

10. Boonen, H., Maljaars, J., Lambrechts, G., Zink, I., VanLeeuwen, K. G., & Noens, I. (2014). Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 716–725. Carlo, G., Mestre, M. V., Samper, P., Tur, A., & Armenta, B. E. (2011). The longitudinal relations among dimensions of parenting styles, sympathy, prosocial moral reasoning. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 116–124.

11. Corsello, C., Hus, V., Pickles, A., Risi, S., Cook, E. H., Leventhal, B. L., & Lord, C. (2007). Between a ROC and a hard place: Decision making and making decisions about using the SCQ. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 932–940.

12. Haan, A. D., Prinzie, P., & Deković, M. (2012). Change and reciprocity in adolescent aggressive and rule-breaking behaviors and parental support and dysfunctional discipline. *Development and Psychopathology*, 24, 301–315.
13. Haan, A.D., Soenens, B., Dekovic, M., & Prinzie, P. (2013). Effects of childhood aggression on parenting during adolescence: The role of parental psychological need satisfaction. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 393–404.
14. De Pauw, S. S. W., Mervielde, I., Van Leeuwen, K. G., & De Clercq, B. J. (2011). How temperament and personality contribute to the maladjustment of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 196–212.
15. Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y., Kim, Y. Kauchali, S., Marcin, C., Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5, 160–179.
16. Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., Hong, J., & Orsmond, G. I. (2006). Bidirectional effects of expressed emotion and behavior problems and symptoms in adolescents and adults with autism. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 229–249.
17. Grolnick, W. S., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1991). Inner resources for school-achievement—Motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology*, 83, 508–517.
18. Hastings, R.P., Kovshoff, H., Ward, N.J., Espinosa, F. D., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 635–644.
19. Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 629–642.
20. Hoffman, C.D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically de-

veloping children and mothers of children with autism. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 24, 178–187.

21. Holtmann, M., Bolte, S., & Poustka, F. (2007). Autism spectrum disorders: Sex differences in autistic behaviour domains and coexisting psychopathology. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 361–366.

22. Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.

23. Janssens, A., Goossens, L., Van Den Noortgate, W., Colpin, H., Verschueren, K., & Van Leeuwen, K. (2015). Parent's and adolescents' perspectives on parenting: Evaluating conceptual structure, measurement invariance and criterion validity. *Assessment*, 22, 473–489.

24. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

25. Kawabata, Y., Alink, L. R. A., Tseng, W. L., van Doorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31, 240–278.

26. Kerr, M., & Stattin, H. (2003). Parenting of adolescents: Action or reaction? Children's influence on family dynamics: The neglected side of family relationships. Mahwah, NJ: Erlbaum.

27. Kins, E., Soenens, B., & Beyers, W. (2011). “Why do they have to grow up so fast?” Parental separation anxiety and emerging adults’ pathology of separation-individuation. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 647–664.

28. Kline, R. B. (2010). Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.). New York: Guilford Press.

29. Lambrechts, G., Van Leeuwen, K. G., Boonen, H., Maes, B., & Noens, I. (2011). Parenting behaviour among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1143–1152.

30. Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 172–183.
31. Lucyshyn, J. M., Albin, R. W., Horner, R. H., Mann, J. C., Mann, J. A., & Wadsworth, G. (2007). Family implementation of positive behavior support for a child with autism: Longitudinal, single-case, experimental, and descriptive replication and extension. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9, 131–150.
32. Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K. G., & Noens, I. (2014). Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 501–512.
33. McGough, J., Shah, B., Cronin, P., Hong, D., Aman, M.G., McMahon, D. (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*, 347, 314–321.
34. McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 359–372.
35. Meunier, J. C., & Roskam, I. (2007). Psychometric properties of a parental childrearing behavior scale for French-speaking parents, children, and adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 113–124.
36. Ghesquière, P., Van Leeuwen, K. (2014). Relationship among parenting behavior, SES, academic achievement and psychosocial functioning in Peruvian children. *Universitas Psychologica*, 13, 639–650.
37. Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2012). *Mplus user's guide* (7th ed.). Los Angeles: Author.
38. Nelson, L. J., Padilla-Walker, L. M., Christensen, K. J., Evans, C. A., & Carroll, J. S. (2011). Parenting in emerging adulthood: An examination of parenting clusters and correlates. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 730–743.

39. Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). The effect of parenting behaviors on subsequent child behavior problems in autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 249–263.
40. Osborne, L. A., & Reed, P. (2009). The relationship between parenting stress and behavior problems of children with autistic spectrum disorders. *Exceptional Children*, 76, 54–73.
41. Patterson, G. R., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys: A social interactional approach* (Vol. 4). Eugene, OR: Castalia.
42. Reese, R. M., Richman, D. M., Belmont, J. M. (2005). Functional characteristics of disruptive behavior in developmentally disabled children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 419–428.
43. Reitz, E., Dekovic, M., & Meijer, A. M. (2006). Relations between parenting and externalizing and internalizing behaviour in early adolescence: Child behaviour as moderator and predictor. *Journal of Adolescence*, 29, 419–436.
44. Rutter, M., Bailey, A., Lord, C., & Berument, S. K. (2003). *Social communication questionnaire*. Los Angeles: Western Psychological Services.
45. Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social-relations. *Human Development*, 18, 65–79.
46. Scaramella, L. V., Conger, R. D., Spoth, R., & Simons, R. L. (2002). Evaluation of a social contextual model of delinquency: A cross-study replication. *Child Development*, 73, 175–195.
47. Serbin, L. A., Kingdon, D., Ruttle, P. L. (2015). The impact of children's internalizing and externalizing problems on parenting: Transactional processes and reciprocal change over time. *Development and Psychopathology*, 27, 969–986.
48. Slagt, M., Dekovic, M., de Haan, A. D., van den Akker, A. L., & Prinzie, P. (2012). Longitudinal associations between mothers' and fathers' sense of competence and children's externalizing problems: The mediating role of parenting. *Developmental Psychology*, 48, 1554–1562.

49. Smith, L. E., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M. (2008). Symptoms and behavior problems of adolescents and adults with autism: Effects of mother-child relationship quality, warmth, and praise. *American Journal of Mental Retardation*, 113, 387–402.
50. Soenens, B., Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Goossens, L. (2008). Clarifying the link between parental psychological control and adolescents' depressive symptoms: Reciprocal versus unidirectional models. *Merrill-Palmer Quarterly Journal of Developmental Psychology*, 54, 411–444.
51. Soens, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W., & Ryan, R. M. (2007). Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Developmental Psychology*, 43, 633–646.
52. Spiers, G. (2015). Choice and caring: The experiences of parents supporting young people with autistic spectrum conditions as they move into adulthood. *Children&Society*, 29, 546–557.
53. Van Leeuwen, K. G., & Vermulst, A. A. (2004). Some psychometric properties of the Ghent Parental Behavior Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 283–298.
54. Van Leeuwen, K. G., & Vermulst, A. A. (2010). Handleidingbij de Verkorte Schaalvoor Ouderlijk Gedrag [Manual of the short version of the Parental Behavior Scale]. Leuven: KU Leuven.
55. Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as an unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 263–280.
56. Roeyers, H., Warreyn, P., Raymakers, R. (2004). VragenlijstSocial eCommunicatie [Social Communication Questionnaire] .Destelbergen: SIG.
57. Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J. (2009). Stepping Stones Triple P: Anrct of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 469–480.

58. Woodman, A. C., Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2015). Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescence and adulthood: The role of positive family processes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 111–126.
59. Zamora, I., Harley, E. K., Green, S. A., Smith, K., & Kipke, M. D. (2014). How sex of children with autism spectrum disorders and access to treatment services relates to parental stress. *Autism Research and Treatment*, 2014, 1–5.
60. Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
61. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Bader, S. H., & Barry, T. D. (2014). A longitudinal examination of the relation between parental expressed emotion and externalizing behaviors in children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2820–2831.
62. Baker, J. K., Messinger, D. S., Lyons, K. K., & Grantz, C. J. (2010). A pilot study of maternal sensitivity in the context of emergent autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 988–999.
63. Baker, J. K., Smith, L. E., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., & Taylor, J. L. (2011). Change in maternal criticism and behavioral problems in adolescents and adults with autism across a 7-year period. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 465–475.
64. Bauminger, N., Solomon, M., & Rogers, S. J. (2010). Externalizing and internalizing behaviors in ASD. *Autism Research*, 3, 101–112.
65. Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 702–714.
66. Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, 75, 81–95.
67. Billstedt, E., Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: Symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO

in a community sample followed from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1102–1110.

68. Boonen, H., Maljaars, J., Lambrechts, G., Zink, I., VanLeeuwen, K. G., & Noens, I. (2014). Behavior problems among school-aged children with autism spectrum disorder: Associations with children's communication difficulties and parenting behaviors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 716–725.

69. Carlo, G., Mestre, M. V., Samper, P., Tur, A., & Armenta, B. (2011). The longitudinal relations among dimensions of parenting styles, sympathy, prosocial moral reasoning, and prosocial behaviors. *International Journal of Behavioral Development*, 35, 116–124.

70. Corsello, C., Hus, V., Pickles, A., Risi, S., Cook, E. H., Leventhal, B. L., & Lord, C. (2007). Between a ROC and a hard place: Decision making and making decisions about using the SCQ. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 932–940.

71. De Haan, A. D., Prinzie, P., Deković, M. (2012). Change and reciprocity in adolescent aggressive and rule-breaking behaviors and parental support and dysfunctional discipline. *Development and Psychopathology*, 24, 301–315

72. Haan, A.D., Soenens, B., Dekovic, M., & Prinzie, P. (2013). Effects of childhood aggression on parenting during adolescence: The role of parental psychological need satisfaction. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42, 393–404.

73. De Pauw, S. S. W., Mervielde, I., Van Leeuwen, K. G., & De Clercq, B. J. (2011). How temperament and personality contribute to the maladjustment of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 196–212.

74. S., Kauchali, S., Marcin, C., Fombonne, E., Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y.J., Kim, Y. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5, 160–179.

75. Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., Hong, J., & Orsmond, G. (2006). Bidirectional effects of expressed emotion and behavior problems and

symptoms in adolescents and adults with autism. *American Journal on Mental Retardation*, 111, 229–249.

76. Grolnick, W. S., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1991). Inner resources for school-achievement—Motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology*, 83, 508–517.

77. Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F. D., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 635–644.

78. Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 629–642.

79. Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24, 178–187.

80. Holtmann, M., Bolte, S., & Poustka, F. (2007). Autism spectrum disorders: Sex differences in autistic behaviour domains and coexisting psychopathology. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 361–366.

81. Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.

82. Janssens, A., Goossens, L., Van Den Noortgate, W., Colpin, H., Verschueren, K., & Van Leeuwen, K. (2015). Parent's and adolescents' perspectives on parenting: Evaluating conceptual structure, measurement invariance and criterion validity. *Assessment*, 22, 473–489.

83. Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

84. Kawabata, Y., Alink, L. R. A., Tseng, W. L., van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated

with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31, 240–278.

85. Kerr, M., & Stattin, H. (2003). Parenting of adolescents: Action or reaction? Children's influence on family dynamics: The neglected side of family relationships. Mahwah, NJ: Erlbaum.

86. Kins, E., Soenens, B., & Beyers, W. (2011). “Why do they have to grow up so fast?” Parental separation anxiety and emerging adults’ pathology of separation-individuation. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 647–664.

87. Kline, R. B. (2010). Principles and practice of structural equation modeling (3rd ed.). New York: Guilford Press.

88. Lambrechts, G., Van Leeuwen, K. G., Boonen, H., Maes, B. (2011). Parenting behaviour among parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1143–1152.

89. Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 172–183.

90. Lucyshyn, J. M., Albin, R. W., Horner, R. H., Mann, J. C., Mann, J. A., & Wadsworth, G. (2007). Family implementation of positive behavior support for a child with autism: Longitudinal, single-case, experimental, and descriptive replication and extension. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 9, 131–150.

91. Maljaars, J., Boonen, H., Lambrechts, G., Van Leeuwen, K. G., & Noens, I. (2014). Maternal parenting behavior and child behavior problems in families of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 501–512.

92. McGough, J., Shah, B., Cronin, P., Hong, D., Aman, M. G., ... McMahon, D. (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*, 347, 314–321.

93. McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 359–372.

94. Meunier, J. C., & Roskam, I. (2007). Psychometric properties of a parental childrearing behavior scale for French-speaking parents, children, and adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 113–124.
95. Millones, D. L. M., Ghesquière, P. (2014). Relationship among parenting behavior, SES, academic achievement and psychosocial functioning in Peruvian children. *Universitas Psychologica*, 13, 639–650.
96. Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2012). *Mplus user's guide* (7th ed.). Los Angeles: Author.
97. Nelson, L. J., Padilla–Walker, L. M., Christensen, K. J., Evans, C. A., & Carroll, J. S. (2011). Parenting in emerging adulthood: An examination of parenting clusters and correlates. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 730–743.
98. Osborne, L. A., McHugh, L., Saunders, J., & Reed, P. (2008). The effect of parenting behaviors on subsequent child behavior problems in autistic spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 249–263.
99. Osborne, L. A., & Reed, P. (2009). The relationship between parenting stress and behavior problems of children with autistic spectrum disorders. *Exceptional Children*, 76, 54–73.
100. Patterson, G. R., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys: A social interactional approach* (Vol. 4). Eugene, OR: Castalia.
101. Reese, R. M., Richman, D. M., Belmont, J. M. (2005). Functional characteristics of disruptive behavior in developmentally disabled children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 419–428.
102. Reitz, E., Dekovic, M., & Meijer, A. M. (2006). Relations between parenting and externalizing and internalizing behaviour in early adolescence: Child behaviour as moderator and predictor. *Journal of Adolescence*, 29, 419–436.
103. Rutter, M., Bailey, A., Lord, C., & Berument, S. K. (2003). *Social communication questionnaire*. Los Angeles: Western Psychological Services.
104. Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social-relations. *Human Development*, 18, 65–79.

105. Scaramella, L. V., Conger, R. D., Spoth, R., & Simons, R. L. (2002). Evaluation of a social contextual model of delinquency: A cross-study replication. *Child Development*, 73, 175–195.
106. Serbin, L. A., Kingdon, D., Ruttle, P. L., Stack, D. M. (2015). The impact of children's internalizing and externalizing problems on parenting: Transactional processes and reciprocal change over time. *Development and Psychopathology*, 27, 969–986.
107. Slagt, M., Dekovic, M., de Haan, A. D., van den Akker, A. L., & Prinzie, P. (2012). Longitudinal associations between mothers' and fathers' sense of competence and children's externalizing problems: The mediating role of parenting. *Developmental Psychology*, 48, 1554–1562.
108. Smith, L. E., Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., & Hong, J. (2008). Symptoms and behavior problems of adolescents and adults with autism: Effects of mother–child relationship quality, warmth, and praise. *American Journal of Mental Retardation*, 113, 387–402.
109. Soenens, B., Luyckx, K., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Goossens, L. (2008). Clarifying the link between parental psychological control and adolescents' depressive symptoms: Reciprocal versus unidirectional models. *Merrill–Palmer Quarterly Journal of Developmental Psychology*, 54, 411–444.
110. Soens, B., Vansteenkiste, M., Lens, W., Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W., & Ryan, R. M. (2007). Conceptualizing parental autonomy support: Adolescent perceptions of promotion of independence versus promotion of volitional functioning. *Developmental Psychology*, 43, 633–646.
111. Spiers, G. (2015). Choice and caring: The experiences of parents supporting young people with autistic spectrum conditions as they move into adulthood. *Children & Society*, 29, 546–557.
112. Van Leeuwen, K. G., & Vermulst, A. A. (2004). Some psychometric properties of the Ghent Parental Behavior Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 283–298.

113. Van Leeuwen, K. G., & Vermulst, A. A. (2010). Handleiding bij de Verkorte Schaal voor Ouderlijk Gedrag [Manual of the short version of the Parental Behavior Scale]. Leuven: KU Leuven.
114. Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as an unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 263–280.
115. Warreyn, P., Raymakers, R., & Roeyers, H. (2004). Vragenlijst Sociale Communicatie. Destelbergen: SIG.
116. Whittingham, K., Sofronoff, K., Sheffield, J., & Sanders, M. (2009). Stepping Stones Triple P: Anrct of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 469–480.
117. Woodman, A. C., Smith, L. E., Greenberg, J. S., & Mailick, M. R. (2015). Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescence and adulthood: The role of positive family processes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 111–126.
118. Zamora, I., Harley, E. K., Green, S. A., Smith, K., & Kipke, M. D. (2014). How sex of children with autism spectrum disorders and access to treatment services relates to parental stress. *Autism Research and Treatment*, 2014, 1–5.

Компетентностно-ориентированные задания:

1. Используя материалы, представленные в разделе, составьте список ключевых слов, общий для всех статей раздела, опишите с помощью словаря значение каждого термина и понятия.
2. Подготовьте рецензию на одну из статей, включенных в раздел. Рецензия должна содержать критический анализ текста, описание изучаемой автором проблемы, пути и средства ее решения, а также ваше мнение на статью.

3. Сформулируйте ряд организационных, методических, содержательных предложений по работе с проблемами, описанными авторами в статьях раздела. Приведите конкретные примеры игр и упражнений.
4. Опираясь на материалы раздела и другие дополнительные источники, подготовьте методические рекомендации для педагогов и родителей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра.
5. Дополните раздел другими современными и актуальными исследованиями, выполненными российскими и зарубежными учеными, проведя анализ баз данных (eLIBRARY.RU, Scopus, Web of Science). Результаты представьте в виде библиографически правильно оформленного списка литературы.

Педагогический аспект

Содержание

Раздел 1. Особые образовательные потребности лиц с ОВЗ

1. Мандрик, И. Система оценки навыков РЕАК. 416
2. Семенович, М.Л., Манелис Н.Г., Хаустов А.В., Козорев А.И., Морозова Е.В. Описание методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) Ч. 1. 433
3. Семенович, М.Л., Манелис Н.Г., Хаустов А.В., Козорев А.И., Морозова Е.В. Описание методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) Ч. 2. 445
4. Хаустов А.В. Особые образовательные потребности обучающихся с расстройствами аутистического спектра 458
6. Jobs E.N. Spotting Signs of Autism in 3-Year-Olds: Comparing Information from Parents and Preschool Staff 474

Раздел 2. Современные подходы/стратегии внедрения вариативных моделей образования лиц с РАС

1. Глинчева И.А. Опыт применения стратегий Денверской модели раннего вмешательства в логопедической работе с детьми с РАС 498
2. Гомозова Е.С. Базовые принципы методики Floortime 502
3. Гринина Е.С. Современные подходы к коррекции расстройств аутистического спектра 511
4. Морозов С.А. О критериях эффективности практик работы с людьми, имеющими РАС 526
5. Нестерова А.А., Айсина Р.М., Сулова Т.Ф. Модель сопровождения позитивной социализации детей с расстройствами аутистического спектра (РАС): комплексный и междисциплинарный подходы 535
6. Никольская О.С. Сравнительный анализ двух коррекционных подходов к психическому развитию ребенка с аутизмом 550

Раздел 3. Психолого-педагогические условия сопровождения лиц с РАС

1. Васягина Н.Н., Шришорян Е.Н., Козаева Е.А. Психолого-педагогические аспекты реабилитации детей с расстройством аутистического спектра в условиях дошкольного образования 571

2. Дон Г.В. Условия образования детей дошкольного возраста, имеющих РАС, в группе кратковременного пребывания 592
3. Иневаткина С.Е., Лазарева Н.В. К вопросу организации психолого-педагогического сопровождения дошкольников с расстройствами аутистического спектра 608
4. Морозов С.А. О ходе апробации примерной адаптированной основной общеобразовательной программы дошкольного образования детей с расстройствами аутистического спектра 619
5. Сулова Т.Ф. Инклюзивное образование детей с расстройствами аутистического спектра в сознании родителей 633

Раздел 4. Методы коррекционной работы с детьми с расстройствами аутистического спектра

1. Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоционально-смысловой комментарий как метод коррекционной работы с детьми с расстройствами аутистического спектра 644
2. Будина И.А., Алексеева М.О. Визуальные средства коррекции нарушений речи при аутизме: альтернативная коммуникация 652
3. Кондрат И.С. Опыт организации индивидуальной работы с аутичным ребёнком в условиях логопедического пункта массовой школы 656
4. Кухарчук О.В., Полякова С.С. Стратегии и техники прикладного анализа поведения как метода коррекции аутистических расстройств 662
5. Тишина Л.А., Голубева Н.Н. Использование жестов в коррекционно-логопедической работе с детьми с расстройствами аутистического спектра 668
6. Becerra T.A. A Survey of Parents with Children on the Atism Spectrum: Experience with Services and Treatments 673
7. Vaisvaser, S. Moving Along and Beyond the Spectrum: Creative Group Therapy for Children with Autism 700
8. Sivaraman, M. Using Multiple Exemplar Training to Teach Empathy Skills to Children with Autism 729

9. *Shillingsburg, M.A. Preliminary Procedure for Teaching Children with Autism to Mand for Social Information* 751

Раздел 5. Опыт обучения и воспитания детей с РАС: сравнительные исследования

1. *Эстербрук, Р.Л., Эстербрук С.А., Дрейфус А., Карнеова Е.Н., Солдатенкова Е.Н. Развитие коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра в Соединенных Штатах Америки и России* 763
2. *Marks, L. Playing to Learn: an overview of the Montessori Approach with pre-school children with Autism Spectrum Condition* 777
3. *Nevison, C. California Autism Prevalence Trends from 1931 to 2014 and Comparison to National ASD Data from IDEA and ADDM* 797
4. *Roleska M., Roman-Urrestarazu A., Griffiths S., Amber N., Ruigrok V., Holt R., Kessel R., McColl K., Sherlaw W., Brayne C., Czabanowska K. Autism and the right to education in the EU: Policy mapping and scoping review of the United Kingdom, France, Poland and Spain* 831

Раздел 6. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра раннего возраста

1. *Watkins L. An interest-based intervention package to increase peer social interaction in young children with autism spectrum disorder* 859
2. *Ryberg, K. Evidence for the Implementation of the Early Start Denver Model for Young Children With Autism Spectrum Disorder* 888

Раздел 1. Особые образовательные потребности лиц с ОВЗ

Мандрик И. Система оценки навыков PEAK. / И. Мандрик. – URL: <http://metodich.ru/28426/index.html> Mandrik I Sistema otsenki navykovPEAK.pdf. (дата обращения: 19.05.2019)

***Аннотация.** В данной статье кратко описывается метод оценки навыков PEAK, состоящий из 4-х отдельных модулей. А также приводится краткий обзор нескольких исследований с участием данной системы оценки, которые доказывают ее состоятельность и валидность. Помимо этого описывается сравнительный анализ двух систем оценки навыков PEAK (PEAK-DT и PEAK-G) и VB-MAPP, указывающий на некоторые преимущества PEAK перед VB-MAPP*

Система оценки навыков для людей с аутизмом либо с расстройством аутистического спектра

Аутизм представляет собой широкий спектр различных расстройств и, несмотря на то, что симптоматика аутизма многим достаточно известна и, как правило, аутизм связывают с нарушениями в социальной сфере, нарушениями речевого развития, ограниченностью интересов, присутствием повторяющегося репертуара поведения, отстраненностью, аутоагрессией и так далее, благодаря многочисленным исследованиям в области проблем аутизма давно известно, что существует не «один аутизм», а каждый человек с данным расстройством уникален, имеет свои сильные и слабые (проблемные) стороны, а также данные дефициты могут влиять на его самостоятельность, права и положение в обществе (ReedandLuiselli, 2016; Купер, Херон, Хьюард 2016).

Наиболее социально значимые аспекты человеческого поведения связаны с вербальным поведением, а именно: усвоение речи, социальное взаимодействие, обучение, понимание, мышление, восприятие, решение проблем, играющие центральную роль в большинстве важнейших аспектов жизни человека (Купер, Херон, Хьюард 2016).

Увеличение случаев аутизма привело к тому, что увеличилось и число исследований в данной сфере с применением методов прикладного поведенческого анализа для того, чтобы справиться с симптоматическими проявлениями аутизма. В сфере вербального поведения методы прикладного поведенческого анализа являются одними из наиболее эффективных, научно доказанных подходов, в большинстве случаев существенно исправляющих социально важные формы поведения, имеющие непосредственное долговременное значение, как для самого человека, так и для того, кто с ним взаимодействует (Купер, Херон, Хьюард 2016).

Но так как симптоматические проявления аутизма и дефициты навыков весьма индивидуальны, фундаментом для применения этих методов и стратегий является оценка навыков, которая позволит нам получить представление об уровне развития каждой группы навыков, проанализировать сильные и слабые стороны, поможет обозначить актуальные цели для индивидуальной программы развития, а также отследить эффективность вмешательства.

Подходы работы с вербальным поведением, обычно базируются на концепции, которую предложил Скиннер в своей книге («Вербальное поведение», 1957), выделивший и описавший 6 типов вербальных оперантов (МАНД, ТАКТ, ЭХО-реакция, Интравербальное поведение, Текстуальные действия, Транскрипция), а также описавший более сложное вербальное поведение (тактовые расширения и аутоклиты).

Вербальный подход в раннем вмешательстве при аутизме стал более широко распространенным после публикации Сандберга и Партингтона «Обучение речи для детей с аутизмом или другими нарушениями развития» («ABLLS», 1998) и руководства Международная онлайн конференция "Наука и практика прикладного анализа поведения: применение принципов АВА для развития мотивационной, эмоциональной и когнитивной сферы у детей с РАС" 9-10 сентября 2017 года оценки навыков с пошаговой инструкцией. ABLLS позволил родителям и клиницистам реализовать программы обучения вербальному поведению, чтобы помочь учащимся с аутизмом восполнить дефициты навыков. На дан-

ных момент количество подобных систем оценки навыков выросло, но пока зарекомендовали себя и получили наибольшую популярность такие методы как:

- ABLLS-R (Дж. Партингтон 2006-2010г.), нацеленный на определение дефицита речевых навыков и навыков, необходимых для обучения. Содержит список критериев для оценки навыков в 25 сферах развития соответствующих репертуару 8-ми летнего типично развивающегося ребенка,

- VB-MAPP (М. Сандберг 2008г.) – нацеленный на определение дефицита речевых навыков, оценки преград для обучения, оценка переходов (групповые и социальные навыки, скорость приобретения навыков, навыки самостоятельности и самообслуживания, максимальное количество баллов соответствующих репертуару 4-х летнего типично развивающегося ребенка,

- AFFLS (Дж. Партингтон и М. Мюллер 2012г.) – нацелен на обучение важным функциональным навыкам для подростков и взрослых людей, страдающих аутизмом (управление и контроль собственным поведением, самообслуживание, первичная коммуникация, бытовые навыки, навыки поведения в обществе).

- Essential for living (Патрик МакГриви 2014г.) – нацелен на оценку и формирование функциональных навыков коммуникации и поведения детей, подростков и взрослых со средней и тяжелой формой расстройства (речевое взаимодействие, бытовые и академические навыки, контроль над собственным поведением в различных ситуациях, проблемное поведение, дополнительные навыки: моторика, имитация, сопоставление).

- Метод РЕАК (Promoting the Emergence of Advanced Knowledge), Марка Р. Диксона, ВСВА-D, (2014) – еще один достойный, доказавший свою эффективность и валидность, метод системы оценки навыков, который дословно переводится как система содействия развитию передовых знаний. Руководство данной системы оценки существует только на

английском языке, а также обучающие тренинги проводятся исключительно в США, единственной организацией Peakaba Solution.

Система оценки навыков РЕАК (Promoting the Emergence of Advanced Knowledge) и ее 4 модуля

РЕАК была разработана и запущена в 2014 г. Марком Диксоном как инструмент оценки и программа вмешательства для решения проблемы речевых и когнитивных дефицитов у детей с аутизмом. Она представляет собой 4 модуля обучения.

Каждый отдельный модуль представляет собой систему оценки наличия либо отсутствия 184 навыков, которые являются фундаментом для вербального поведения, содержащие различные способы обучения и объединяющие как традиционное обучение по Скиннеру с пост-скиннеровскими методами. Первые два модуля схожи с VB-MAPP и ABLLS-R в теоретической конструкции, но ориентированы на более сложные вербальные операнты по сравнению с вышеуказанными системами оценки. А последние 2 модуля подчеркивают подход к языковому развитию, соответствующий языковой и когнитивной Теории Реляционных Фреймов (Relational Frame theory). В отличие от Скиннера и его теории, она «рассматривает вербальное поведение как процесс, а не как результат» (Hayes, Fox, et al., 2001, p. 22).

Как утверждает автор РЕАК в статье «Promoting the emergence of advanced knowledge: A review of peak relational training system: Direct training module by Mark R. Dixon», 2016: «дополнительным ограничением является то, что, сосредоточившись исключительно на вербальных оперантах Скиннера, эти протоколы игнорируют сотни исследований о том, как язык развивается через производные реляционные ответы и Международная онлайн конференция "Наука и практика прикладного анализа поведения: применение принципов АВА для развития мотивационной, эмоциональной и когнитивной сферы у детей с РАС" 9-10 сентября 2017 года соответствующие преобразования функции стимула». Чтобы получить обобщенный репертуар производных реляционных реакций, человек сначала начинает связывать стимулы посредством пря-

мого обучения (то есть, обучения оперантам). После того, как прямое обучение создает устойчивые условные различия (дискриминации), другие стимулы напрямую обучаются в процессе реагирования, что приводит к производным реляционным реакциям, которые не требуют явного или прямого обучения (например, изучение отношения $A \rightarrow B$ приводит к производному соотношению $B \rightarrow A$). Возникающие производные отношения выгодны для приобретения навыков, потому что являются эффективным и ресурсосберегающим средством обучения. Поскольку эти отношения могут потенциально объяснить явления вербального поведения, которые не учтены вербальными оперантами Скиннера, производное реляционное реагирование, по-видимому, является наиболее целостным подходом к пониманию речи и познания, поскольку остается концептуально связанным с бихевиоризмом».

1. Модуль прямого обучения (РЕАК-DT)

РЕАК-DT хоть и является регламентированным учебным пособием, но в систему встроена большая доля самостоятельности и независимости. Например, Диксон поощряет практикующих «разрабатывать и внедрять критерии усвоения и способы анализа данных, которые наилучшим образом соответствуют особенностям их ученикам и учебной среды» (стр. 24 РЕАК-DT). Дает советы относительно факторов, которые влияют на критерии освоения, такие как уровень подсказки, готовность ученика к восприятию и частота учебных занятий, предоставляет практикующему различные варианты коррекции ошибок. Авторы утверждают, что позволяют специалистам-практикам не привязываться к системе. В случае, если практикующему специалисту нужна помощь более профессионально подготовленного специалиста, Диксон рекомендует обращаться к сертифицированному аналитиком по поведению (BCBA)» (стр. 20 РЕАК-DT). Нацелен на развитие различного вербального поведения: начиная с базовых навыков, таких как зрительный контакт и моторная имитация, до продвинутых вербальных навыков, например: шутки и метафорический язык. Модуль во мно-

гом коррелирует VB-MAPP и ABBLIS. Но нормирован по возрасту примерно до 8-9 лет.

2. Модуль обобщения (PEAK-G)

Данный модуль предназначен для обобщения освоенного репертуара и уменьшение либо устранения заученности. Он выходит за рамки традиционного дискретного обучения и использует подход «обучение-тест», в котором предоставляются новые, необученные стимулы с надеждой на то, что эти никогда не подкрепленные стимулы приведут к правильным ответам ученика из-за их формального сходства с ранее выученными стимулами, например в PEAK-DT. В этом модуле дано детальное описание, как реализовать программу, разработанную специально для обобщения навыков, включая новые, неизученные стимулы. Модуль обобщения был нормирован по возрасту к нормотипичному 11-летнему возрасту.

3. Модуль эквивалентности (PEAK-E)

Основан на концепции производного реляционного (относительного) реагирования, когда ребенок способен реагировать на такие предметы и речевые высказывания, реакциям на которые его целенаправленно не обучали. Производные связи стимулов включают в себя: рефлексивность, симметричность и транзитивность. Обучаемого учат не только выдавать приобретенную реакцию (выученный ответ), но и формировать производную реакцию в разнообразных новых и непривычных условиях с помощью построения связей. PEAK-E начинается с тестирования на наличие рефлексивного, симметричного и транзитивного реагирования на чувственные Международная онлайн конференция "Наука и практика прикладного анализа поведения: применение принципов АВА для развития мотивационной, эмоциональной и когнитивной сферы у детей с РАС" 9-10 сентября 2017 года модальности (например, определение названия вкусовых ощущений), сложных классов стимулов (например, названия животных и среды обитания) и передачу функции между стимулами (например, изменение поведения во время обычных игр).

4. Модуль трансформации (РЕАК-Т)

Модуль трансформации учит связывать реальные и абстрактные события с помощью языка, позволяя им взаимодействовать с данными событиями на психологическом уровне. Навыки установления связей между событиями в следующих контекстах: координация, сравнение, противопоставление, различение, построение иерархии, дейксис либо указание, соотнесения с лицами, предметами или событиями, находящимися в том или ином отношении к говорящему лицу или моменту речи. РЕАК-Т нацелен создать осознание абстрактных понятий. Начиная с простых задач, таких как сортировка по размеру или цвету, поднимается на более высокие уровни абстрактных логических рассуждений (яблоко – фрукт, фрукт – сладкий, яблоко – сладкое). В рамках каждого модуля, практикующим предоставляются подробные инструкции о том, как проводить первоначальные оценки, размещать клиентов в соответствующем диапазоне навыков, исходя из существующих способностей. Каждая программа описывает цели, материалы и типичные стимулы, а также инструкции по их использованию и сбору данных. Хотя модули, как правило, увеличивают сложность с первого по четвертый, программы по модулю предназначены для синхронного запуска, чтобы одновременно выполнять каждый из четырех модулей. Но точные пропорции каждого модуля в рамках программы вмешательства выявляются эмпирическим путем.

Прямое обучение	Обобщение	Эквивалентность	Трансформация
Основополагающие навыки обучения Навыки перцептивного обучения Навыки вербального понимания	Основополагающие навыки обучения и базовые социальные навыки Базовые навыки вербального понимания, запо-	Реляционные (построения связей) навыки рефлексивность Реляционные навыки симметрии Реляционные	<i>Непроизвольные</i> координация, сравнение, различение, противопоставление, дейксис, построение иерархических связей

<p>мания (понимания речи)</p> <p>Навыки словесно-логического мышления, запоминания, математические способности</p>	<p>минание (память), продвинутые социальные навыки</p> <p>Продвинутые навыки вербального понимания, базовые навыки решения задач, продвинутые математические способности</p> <p>Навыки словесно-логического мышления, продвинутые навыки решения задач, продвинутые навыки чтения и письма</p>	<p>навыки транзитивность</p> <p>Реляционные навыки эквивалентность</p>	<p><i>Социально–установленные</i></p> <p>координация, сравнение, различение, противопоставление, дейксис, построение иерархических связей</p> <p><i>Простые произвольные</i> координация, сравнение, различение, противопоставление, дейксис, построение иерархических связей</p> <p><i>Сложные произвольные</i></p>
--	--	--	--

Рисунок № 1. «Прогрессирование навыков в каждом модуле»

В целом, РЕАК утверждает, что он учит людей с дефицитом речи «говорить со смыслом и слушать с пониманием» (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001) посредством внедрения четырех компонентных модулей системы.

Обзор исследований, включающие систему оценки РЕАК

На данный момент уже существует более 25 рецензируемых опубликованных исследований по различным элементам системы оценки РЕАК, по разным направлениям, А также в настоящее время ведется, по крайней мере, еще 10 активных исследований. Рассмотрим некоторые из них:

Двухфазное исследование с участием Dixon, Belisle, Whiting и Rowsey
(2014)

Цель	Подтвердить, что специфический когнитивный и языковой дефицит у людей с РАС, можно определить на базе отклонений от типичного когнитивного и речевого развития.	
Этапы	1 этап	2 этап
	Оценке навыков РЕАК-ДТ подверглись 206 нормотипичным учеников	Оценке навыков РЕАК-ДТ подверглись 94 ученика с аутизмом и с сопутствующими нарушениями развития
Результаты	Существует сильная положительная связь между общим показателем и возрастом ученика. По мере увеличения возраста общий балл РЕАК-ДТ увеличивался (примерно, до возраста восьми лет).	Не обнаружилась связь между суммарными показателями и возрастом тестируемых. Общие баллы оценки РЕАК-ДТ были значительно ниже, чем у нормативной группы.
Выводы	Типичные возрастные нормы развития могут служить критериями для целевых показателей у детей с аутизмом и другими нарушениями развития. Кроме того, данные свидетельствуют о том, что РЕАК-ДТ может применяться на основе имеющегося уровня развития учащегося, независимо от хронологического возраста.	

Первая оценка результатов вмешательства PEAK-DTM, в рамках исследования McKeel, Dixon, Daar, Rowsey и Szekely (2015)

27 учеников с аутизмом и другими нарушениями развития, рандомизированно распределены в 2 группы	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Количество участников	13 чел	14 чел
Вмешательство	обычное обучение (без применения методов прикладного анализа)	По 5 протоколов из учебной программы PEAK-DT, отобранные на основе их результатах оценки навыков
Систематичность занятий	По 2 обучающиеся сессии каждую неделю	
Результаты и выводы	Показатели оценки навыков до вмешательства и после разнились. Показатели участников экспериментальной группы были значительно больше, чем у контрольной группы. Но нужно признать, что статистически значимое различие между группами следует интерпретировать относительно небольшого размера выборки и не обязательно переводить на клинически обоснованные результаты	

Эксперимент внедрения 5 протоколов системы оценки PEAK McKeel, Rowsey, Belisle, Dixon, Szekely (2015)

Цель: Оценить эффективность 5 протоколов PEAK, направленных на развитие 5 вербальных оперантов (аутоклит, Метонимическое расши-

рение (рецептивный навык), Метонимическое расширение (экспрессивный навык), такт названия планет, предположение)

Участники: 3 ребенка с РАС от 9 до 11 лет: Грег (мальчик, 11 лет), Сэнди (девочка, 9 лет) и Лопес (мальчик, 11 лет).

Условия работы: Длительность обучения – 2 недели. Каждая сессия длилась от 10 до 40 минут, либо в общем классе, либо индивидуально. Материалы и инструменты были использованы согласно описанию в первом модуле РЕАК. А также использовались поощрения, ранее протестированные для каждого ребенка.

Правильный ответ оценивался по шкале от 0 до 10 баллов в соответствии с описанием в модуле РЕАК (0 навык отсутствовал, 2-8 баллов давалось в зависимости от количества и уровня подсказки, 10 давали за самостоятельную реакцию). Три из перечисленных навыка были включены каждому из участников, остальные 2 индивидуально. Работа проводилась в 3 этапа, и каждый раз при окончании следовала фаза наблюдения. После окончания эксперимента каждый участник через 2 недели был протестирован повторно по всем изученным навыкам в ходе эксперимента.

Метод обучения каждого навыка:

– Аутоклит: Обучить ребенка фразам: «может быть», «возможно» и «я думаю». Терапевт показывал ребенку предмет, потом прятал его за спиной и давал ребенку инструкцию: «Угадай в какой руке?». Прежде чем дать ответ, ребенку должен был дополнить свой ответ одним из данных аутоклитов.

– Метонимическое расширение (рецептивный навык): Среди наборов из 3-10 карточек, участник должен был выбрать необходимую ориентируясь на ассоциативный ряд. Например: Если терапевт просил показать, где птица, то верным ответом участника считалась бы находение картинки с деревом, так как часто эти 2 стимула взаимосвязаны.

– Метонимическое расширение (экспрессивный навык): Участнику показывали картинку и инструкции: «Что на картинке?» либо «Как бы он мог назвать, то, что видит на картинке», участник должен был дать

ответ, ориентируясь на ассоциативный ряд. Например: на картинку с гаражом назвать как машина.

– Такт название планет: Участник должен был назвать планету, ориентируясь на картинку планеты и инструкцию: «Какая это планета?»

– Предположение: тренинг включал в себя просьбу к участнику угадать событие, которое произошло либо могло произойти, ориентируясь на собственный опыт. Например: «Угадайте, что я сделал сегодня?». Участнику предлагалось ответить соответствующим образом: например, «Проснулся», «позавтракал».

• Базовый этап: Тестирование проводилось методом холодных проб, независимо от ответа участники не получали обратную связь. Ни один участник не продемонстрировал абсолютное наличие целевых навыков:

Грэг – средние баллы (аутоклит, метонимическое расширение (рецептивный навык), такт название планет – 0, 10, 0 баллов), Сэнди – средние баллы (аутоклит, метонимическое расширение (рецептивный навык), такт название планет – 2,5,0 баллов), Лопес – Средние баллы (предположение, метонимическое расширение (экспрессивный навык), метонимическое расширение (рецептивный навык) – 2, 5, 5 баллов)

Этапы:

• 1 этап – Был нацелен на обучение по следующим навыкам для каждого участника:

Грэг – аутоклит Сэнди – аутоклит Лопес – предположение

Результаты: В ходе первого этапа участники продемонстрировали освоение этих навыков, набрал достаточное количество баллов. Проверка после первого этапа показала, что участники не продемонстрировали освоение остальных 2-х навыков, которым их не обучали.

• 2 этап – Был нацелен на обучение по следующим навыкам для каждого участника:

Грэг – Метонимическое расширение (рецептивный навык) Сэнди – Метонимическое расширение (рецептивный навык) Лопес – Метонимическое расширение (рецептивный навык)

Результаты: каждый участник освоил навыки. Дополнительное тестирование показало, что освоенные в 1 этапе навыки сохранились, а неосвоенные навыки пока остались неосвоенными.

- 3 этап – Был нацелен на обучение по следующим навыкам для каждого участника:

Грэг – Такт названия планет

Сэнди – Такт названия планет

Лопес – метонимическое расширение (экспрессивный навык),

Результаты: каждый участник освоил навыки. Дополнительное тестирование показало, что освоенные ранее в 2 этапах навыки сохранились, и баллы тестирования были гораздо выше, чем при базовом тестировании.

- После повторного тестирования, через 2 недели, данные освоения навыков остались на прежнем уровне. Выводы: Результаты демонстрируют нам, что тренинг оказался эффективным. Ранние исследования и так показывают, что использования методов прикладного анализа являются эффективными при работе с детьми с РАС, но описание методов могут оказаться труднодоступными для понимания людей с небольшим практическим опытом. ПИК позиционирует себя как система не только оценки навыков, но и описания процедур и методик легкодоступных к восприятию не только для специалистов, но и обычных людей, не имеющих опыт работы в АВА. И цели поставленные в ПИК выходят за рамки изучения простых вербальных оперантов по Скиннеру. Данные эксперимента демонстрирую эффективность работы при обучении более сложных вербальных оперантов. Но результаты следует интерпретировать с осторожностью из-за малого количества участников и их схожести по наличию навыков, а также небольшой продолжительности самого эксперимента.

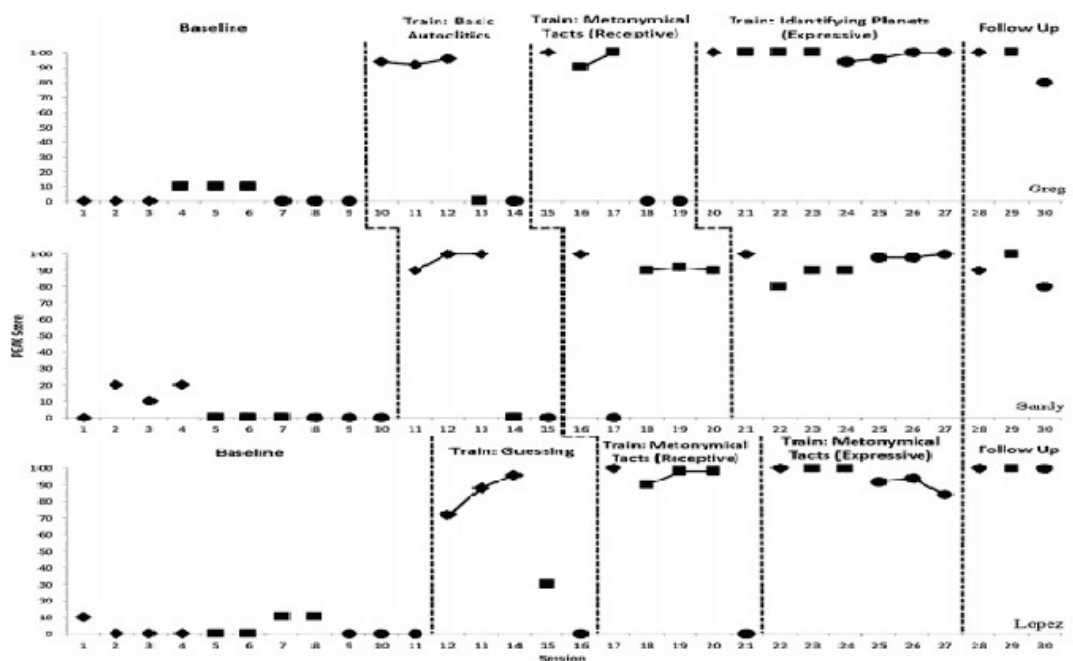


Рис. 1: Ромбы представляют собой первый целевой навык, квадраты представляют собой второй целевой навык, круги представляют собой третий целевой навык для каждого участника, на разных этапах (фон, первый этап, второй этап, третий этап и повторное тестирование через 2 недели).

Сравнительный анализ двух систем оценки навыков PEAK (PEAK-DT и PEAK-G) и VB-MAPP

Авторы эксперимента: Mark R Dixon, Jordan Belisle, Caleb Stanley, Kyle Rowsey, Jacob H Daar, Susan Szekely

Цель: Сравнить эффективность двух систем оценки навыков: PEAK и VB-MAPP при работе с людьми с РАС.

Участники: 40 человек. 34 – мужчины, 6 – женщины. Возраст от 5 до 22 лет. У всех был аутизм, у некоторых еще дополнительные расстройства и проблемы с поведением. Все участники, студенты сред-незападной американской коррекционной школы для детей с аутизмом.

Условия работы и процедура: Типичный класс от 5-8 человек. 1-2 специалиста и 1 учитель. Тренинг проводился в общем классе, либо индивидуально. А также использовались поощрения, ранее протестированные для каждого ребенка, поощрение давалось дифференциро-вано, доступ зависел от правильности ответа. Тестирование проводилось

авторами исследования, которые были знакомы с участниками до того как началась проводится оценка. Поэтому начали с тестирования тех навыков, в которых в прошлом они показали самостоятельную реакцию. Тестирование проходило холодными пробами, запись велась о присутствии либо отсутствии навыка, если были сомнения, то навык перетестировался.

По VB-MAPP, были даны дополнительные инструкции как считать каждый пункт, навык считался либо присутствующий, либо тестируемый, либо присутствующий, но с задержкой. Если тестируемый не показывал как минимум 2 из 5 навыков предыдущего уровня, то отмечалось отсутствие всех навыков в последующих уровнях. Чтобы оценить результаты исследования, баллы при тестировании PEAK-DT и PEAK-G сложили и получили общие цифры, общий счет PEAK был от 0 до 368 (по 184 каждого модуля), VB-MAPP – 170.

Результаты: Связь между PEAK-комбинированным и VB-MAPP. Результаты корреляции Пирсона показывают, что существует сильная взаимосвязь между двумя оценками ($r = 0,8266$, $p < 0,0001$) на определенном этапе, так как между ними есть одна особенность. В то время как баллы по PEAK Combined растут, VB-MAPP упирается в потолок, то есть, возможно, этого бы не произошло, если бы в нем было бы больше разделов. И 79 % участников получили максимальные баллы в количестве 170 по VB-MAPP и всего 5% получили высшие баллы по PEAK Combined. По PEAKDT наибольшее количество баллов набрали 34 из 40 тестируемых, а PEAK-G не прошли 38 из 40, хотя 50% из них набрали максимальные баллы при VB-MAPP.

При сравнении каждого уровня VB-MAPP и PEAK-G, данные показали, что наибольшая схожесть между этими оценками в 3 уровне VB-MAPP, далее идет 2 уровень и наименьшая схожесть на 1 уровне. Таким образом, более продвинутые навыки по VB-MAPP вызвали большую корреляцию с суммарными баллами с PEAK-Combined. И для VB-MAPP существует эффект потолка вокруг общего балла PEAK-G с 31 до 35. Данные показывают, что 100% участников с оценкой PEAK-G

выше 31 получили максимальный балл 170 на VB-MAPP. Еще результаты свидетельствуют о том, что наблюдался «эффект потолка» по VB-MAPP по отношению к комбинированной оценке РЕАК на уровне 138 из 368. В связи с этим, участники, достигшие общий балл по РЕАК между 138 и 368, обладали всеми навыками, оцениваемыми по VB-MAPP. «Эффект потолка» также наблюдался вокруг общего балла РЕАК-DT 60 из 184. Эти данные свидетельствуют о том, что оценка напрямую обученных языковых навыков по VB-MAPP схожа с оценкой РЕАК-DT.

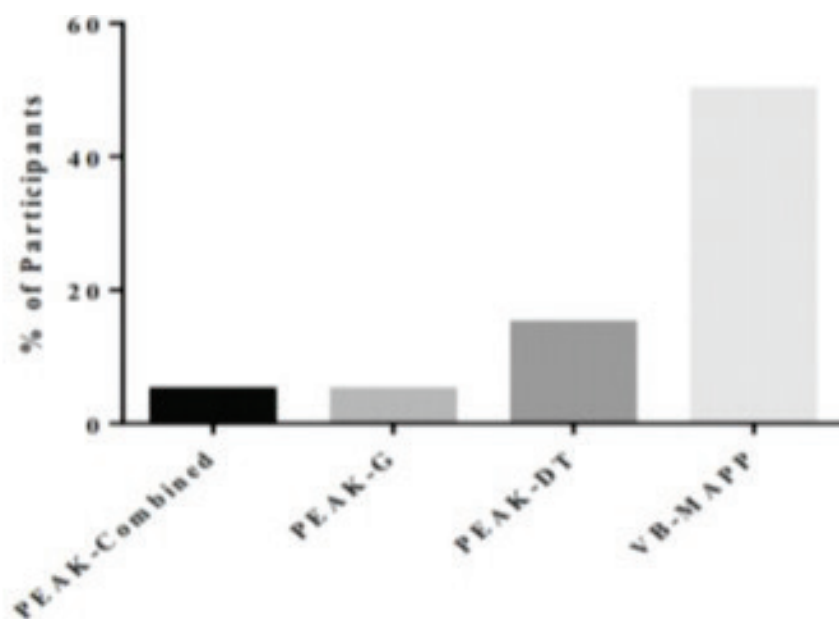


Рис. 2: % участников, получивших максимальные баллы по системам оценки

Выводы: Цель оценки идентифицировать языковые навыки, которых не хватает в репертуаре человека, и восполнить пробелы, приведя его ближе к норме. РЕАК доказал свою валидность как психометрический инструмент при прямом обучении, так и обобщению вербального репертуара. Оба способа оценки являются достойными для того, чтобы быть использованы как фундамент для разработки индивидуальной программы. Но если нам необходимо формировать программу для более продвинутых навыков, то РЕАК имеет для этого большие ресурсы. Так как эксперимент показал нам присутствия «эффекта потолка» у VB-MAPP по отношению к комбинированной оценке РЕАК. Из 40 участников 20 человек получили максимальные баллы по VB-MAPP,

а по РЕАК – 2. Как утверждают авторы: «на основе текущих данных, мы твердо убеждены в том, что система реляционной подготовки РЕАК концептуально состоятельна, психометрически надежна и способствуют улучшению традиционных методов АВА для обучения детей и молодежи, у которых есть аутизм и другие нарушения развития.

Выводы

Следует отметить, что РЕАК является очень интересным инструментом не только оценки навыков, но и руководством по построению программ с доказанной надежностью и валидностью, исходя из полученных результатов исследований.

Однако, исследований еще мало, их нельзя называть независимыми, так как везде принимают участие сами авторы метода.

Хотя, необходимо признать, что авторы не останавливаются на достигнутом, а посвящают обширное время и ресурсы исследованиям РЕАК по различным направлениям.

Исходя из полученных данных при сравнении двух систем оценки навыков РЕАК и VB-MAPP, было выяснено, что между ними присутствует корреляция, поэтому обе системы можно считать эффективными, если ребенок находится на низком и среднем уровне развития навыков.

Однако, для людей с более высоким уровнем развития навыков система РЕАК, возможно, может оказаться более полезной, в связи с «потолочным эффектом» VB-MAPP и нацеленностью РЕАК на более сложные вербальные операнты. В связи с тем, что данными о сравнительном анализе.

В связи с тем, что данными о сравнительном анализе РЕАК с другими популярными и эффективными системами оценки навыков мы не располагаем, таких исследований не проводилось, делать окончательных выводов в пользу конкретной системы оценки навыков мы не можем, все индивидуально.

Литература.

1. Купер Д.О. Прикладной анализ поведения / Д.О. Купер, Т.Э Херон, У.Л Хьюард. – М.: Практика, 2016. – 871 с.

2. Dixon M., Belisle J., Rowsey K. (2017). An Internal and Critical Review of the PEAK Relational Training System for Children with Autism and Related Intellectual Disabilities. The Behavior Analyst. In press.
3. Dixon, M.R., Belisle, J., Stanley, C.R., Rowsey, K.E., Daar, J.H. Szelkey, S. (2015). Toward a behavior analysis of complex language: Evaluating the Relationship between PEAK and the VB-MAPP. Journal of Developmental and Physical Disabilities. 27(2), pp 223–233
4. McKeel, A.N., Dixon, M.R., Daar, J.H., Rowsey, K.E., Szekely, S. (2015). Evaluating the efficacy of the PEAK Relational Training System using a randomized controlled trial of children with autism. Journal of Behavioral Education. 24 (2), pp. 230–241
5. Reed D. D., Luiselli J. K. (2016), Promoting the emergence of advanced knowledge: A review of peak relational training system: Direct training module by Mark R. Dixon. Journal of Applied Behavior Analysis, 49: 205–211.
6. PEAK: Relational Training System. ABA Therapy for Persons with Autism and Related Disabilities. – URL: [http:// www.peakaba.com/](http://www.peakaba.com/) (дата обращения: 11.03.2015)

Семенович М.Л. Описание методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) Ч. 1. / М.Л. Семенович, Н.Г. Манелис, А.В. Хаустов, А.И. Козорез, Е.В. Морозова // Аутизм и нарушения развития. – 2015. – № 3 (48). – С. 3–10.

Часть 1

Сотрудниками Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Московского городского психолого-педагогического университета проведена пилотная апробация Методики оценки базовых речевых и учебных навыков (Assessment of Basic Language and Learning Skills-Revisited, ABLLS-R). Методика используется для диагностики и оценки функциональных навыков и уровня развития речи у детей и взрослых, имеющих задержку речевого развития или расстройства аутистического спектра, для составления индивидуальной программы развития и определения эффективности обучения. В первой

части публикуемого описания приведена история создания теста, цели и условия тестирования, преимущества и ограничения, а также перечислены области оценки навыков и способы фиксирования результатов.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, задержка речевого развития, Методика оценки базовых речевых и учебных навыков (*Assessment of Basic Language and Learning Skills Revisited*).

Введение

В настоящее время в отечественной педагогике и психологии остро стоит проблема диагностики и оценки функциональных навыков у детей с РАС.

Ее актуальность обусловлена необходимостью разработки для каждого ребенка индивидуальной коррекционно-образовательной программы, способствующей его социализации, повышению уровня социальной адаптации, развитию и результативному обучению. Разработка таких программ возможна только на основании точных данных об уровне развития детей, которые выявляются путем использования специальных оценочных методик.

Методики, применяемые в работе с детьми, имеющими РАС, должны обеспечивать детальную оценку всех основных функциональных сфер, что связано, главным образом, с первазивным (всеобъемлющим) характером данного нарушения и асинхронией в развитии различных функциональных областей и навыков. Анализ применяемых в России методик показал, что большинство из них являются узкоспециализированными. Они, как правило, направлены преимущественно на оценку определенной области развития или группы навыков. Так, например, «логопедические» методики направлены на обследование речи, «дефектологические» – преимущественно на оценку познавательного развития. Существует большое количество психологических методик, каждая из которых также применяется для анализа одной из сфер: эмоционально-волевой, интеллектуальной, межличностной и т.д. Таким образом, проведение комплексного обследования ребенка с РАС с целью разработки индивидуальной коррекционно-образовательной программы требует больших организационных, кадровых, материальных, временных ресурсов.

Дополнительная трудность заключается в том, что основу различных методик составляют разные концепции, теоретические подходы. Так, например, инструменты оценки могут разрабатываться на базе нейропсихологического, психолингвистического, поведенческого, психоаналитического подходов и т.д. Таким образом, при составлении комплексной индивидуальной коррекционно-образовательной программы у специалистов могут возникать трудности, связанные с отсутствием единого подхода к коррекции и обучению детей с РАС.

В зарубежных странах для практической работы с детьми, имеющими РАС, разработаны и эффективно используются методики, включающие оценку нескольких функциональных областей развития и предназначенные для разработки комплексных индивидуальных коррекционно-образовательных программ. Использование в практической работе подобных методик позволяет упростить и повысить эффективность процедуры проведения диагностики и составления комплексных индивидуальных программ. При составлении программы на основе результатов тестирования с применением таких методик у участников образовательного процесса не возникает вопросов о парадигме дальнейшей коррекционной работы, т.к. основу одной методики составляет определенный подход.

Одной из таких методик, получивших широкое распространение в зарубежных странах в работе с детьми, имеющими нарушения в развитии, в т.ч. с расстройствами аутистического спектра, является методика оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R).

Часть 1

Описание теста базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R)

История создания и авторы теста

ABLLS-R был разработан в парадигме прикладного анализа поведения и основан на данных исследований, проведенных в рамках этого подхода. Теоретическим обоснованием для разработки теста стала книга Б.Ф. Скиннера «Вербальное поведение», а также исследования, базирующиеся на данной работе, в частности, на предложенной Скиннером классификации различных видов коммуникативного поведения.

Оригинальная версия теста (ABLLS) разработана в 1998 году организацией «Behavior Analysts, Inc.» (<http://www.behavioranalysts.com>), США. Разработчики теста: Джеймс В. Партингтон, сертифицированный поведенческий аналитик с докторской степенью по прикладному анализу поведения (James W. Partington, Ph.D., BCBA D) и Марк Л. Сандберг, сертифицированный поведенческий аналитик с докторской степенью по прикладному анализу поведения (Mark L. Sundberg, Ph.D, BCBA-D).

Переработанное и дополненное издание было подготовлено в 2006 году Джеймсом В. Партингтоном (James W. Partington), который включил в тест новые задания по всем шкалам и изменил последовательность предъявления заданий в некоторых шкалах, чтобы точнее отразить этапы развития навыков. Значительные изменения в переработанное издание внесла Денис Сеник-Пирри, сертифицированный логопед (Denise Senick-Pirri, SLP-CCC), редактировавшая шкалу по вокальной имитации. Также в новой редакции издания значительно дополнены шкалы по оценке навыков социального взаимодействия, двигательной имитации и других навыков, относящихся к сфере разделенного внимания, как имеющие ключевое значение для приобретения новых навыков и их переноса в другие ситуации.

Цели тестирования

Тестирование ABLLS-R проводится среди детей, реже, взрослых, имеющих задержки в речевом развитии. Главным образом тестирование проводится среди детей с умственной отсталостью, аутизмом и другими видами нарушений развития.

Важная особенность ABLLS-R состоит в том, что данный тест не является диагностическим инструментом. В нем не проводится сравнение полученных результатов с возрастными нормами, типичным психическим развитием или с другими лицами. Это объясняет отсутствие возрастных критериев для проведения тестирования.

Тестирование преследует три взаимосвязанные цели:

Определение речевых, языковых и учебных навыков, которые отсутствуют у данного ребенка. Как правило, речь идет о навыках, являю-

щихся предпосылками для формирования других навыков, то есть навыков, необходимых для дальнейшего обучения и развития ребенка.

Составление индивидуальной программы развития (ИПР) по результатам тестирования. Как правило, для составления ИПР выбираются 20-30 навыков, которые не были продемонстрированы ребенком во время тестирования.

Определение эффективности обучения ребенка согласно его ИПР и оценка динамики развития данного ребенка с помощью повторного тестирования. Как правило, повторное тестирование проводится раз в 6-12 месяцев.

Преимущества использования

Это один из самых подробных тестов по оценке навыков ребенка, который охватывает 544 навыка, что позволяет детально определить психолого-педагогический профиль ребенка перед составлением его индивидуальной программы развития.

Основное внимание в тесте уделяется базовым учебным навыкам, определяющим способность ребенка к дальнейшему обучению. Это позволяет выявить ранее неизвестные пробелы в навыках ученика, без развития которых он не сможет продолжить обучение в тех или иных областях. Например, если у ребенка нет навыка имитирования действия с аналогичными предметами или моделирования по визуальному образцу, то это осложнит его дальнейшее обучение бытовым и профессиональным навыкам.

Большинство шкал ABLLS-R не требуют владения устной речью и не предусматривают вербальных ответов, что позволяет успешно использовать эту методику при составлении индивидуальных программ развития для безречевых детей, в том числе, выявить их сильные стороны, на которые можно опираться в дальнейшем обучении.

При прохождении краткого курса обучения по использованию ABLLS-R тестирование может проводить специалист любого профиля, а также родители ребенка.

Тест предоставляет иерархическую структуру речевых и учебных навыков, что позволяет выделить в отдельных крупных навыках компоненты, формирование которых является базой для дальнейшего развития данной сферы у ребенка. Для индивидуальной программы развития ребенка выбираются те навыки, которые находятся на более низкой ступени по данной шкале, что позволяет постепенно развивать навыки в той или иной сфере.

Отдельные задания в ABLLS-R соответствуют конкретным навыкам, сформулированным таким образом, что их можно сразу же включать в ИПР, что значительно облегчает составление индивидуальной программы. Фактически ИПР составляется из ряда заданий теста, с которыми ребенок не справился во время тестирования.

Результаты ABLLS-R представляются в виде наглядной схемы, которая позволяет быстро оценить уровень развития навыков ребенка, а также его прогресс во время повторных тестирований.

Ограничения при использовании

Так как данный тест был разработан в рамках парадигмы прикладного анализа поведения, его использование и, в первую очередь, трактовка его результатов, могут вызвать затруднения у специалистов, незнакомых с основами поведенческого анализа, особенно с теорией речевого развития Скиннера, которая стала теоретической основой для разработки методики. Использование этой методики для составления ИПР потребует знания и понимания основных принципов данной теории, а также знания терминологии прикладного анализа поведения, которая используется в протоколе теста.

Объем тестирования может ограничить возможности для его применения. В общей сложности тест оценивает 544 навыка, что делает процедуру тестирования крайне трудоемкой и утомительной для ребенка и специалистов. Полное первичное тестирование, как правило, занимает несколько недель (до 1,5 месяцев). Очевидно, что не во всех ситуациях или учреждениях специалисты могут позволить себе такое продолжительное тестирование.

Тестирование по основной массе заданий требует хотя бы базового сотрудничества со стороны ребенка (например, ребенок должен сидеть за столом и выполнять задание в ответ на инструкцию специалиста). Таким образом, подробное тестирование является бессмысленным для детей с так называемым низким уровнем сотрудничества (не имеющих навыков разделенного внимания, без какого-либо учебного стереотипа, детей с сильной гиперактивностью и т.д.).

ABLLS-R не является стандартизированной методикой тестирования. Внешние условия, особенности материалов тестирования для конкретных заданий, поведение человека, проводящего тестирование, и многие другие факторы никак не регламентируются в руководстве теста.

Порядок заданий в протоколе теста подразумевает переход «от простого к сложному» по каждой из отдельных шкал, которые должны отражать типичное развитие данной сферы у ребенка. Однако индивидуальное развитие конкретного ребенка может не соответствовать заложенной в шкалах модели, например, навыки более высокого порядка могут сформироваться раньше и быстрее навыков более низкого порядка.

Области оценки

ABLLS-R оценивает учебные и языковые навыки ребенка по 25-ти функциональным сферам, каждая из которых представлена отдельной шкалой, обозначенной одной из букв английского алфавита. Протокол включает следующие шкалы:

А. Сотрудничество и эффективность поощрений. Данная шкала определяет, насколько легко мотивировать ребенка с помощью поощряющих предметов и занятий, и как предоставление положительного подкрепления отражается на выполнении инструкций и заданий педагога. Включает 19 навыков.

В. Визуальное восприятие. Шкала определяет способность ребенка интерпретировать визуальные стимулы, например, рисунки или головоломки – «пазлы». Включает 27 навыков.

С. Рецептивный язык. В этой шкале оценивается способность воспринимать и понимать речь на слух. Включает 57 навыков.

Д. Моторная имитация. В данном разделе оценивается способность ребенка повторять чужие движения различного рода. Включает 27 навыков.

Е. Вокальная имитация. В данной шкале оценивается способность имитировать звуки или слова вслед за другим человеком. Данные навыки в прикладном анализе поведения называются «эхоика» (от англ. echoic – звукоподражание). Включает 20 навыков.

Ф. Обращение с просьбой. Способность ребенка выражать просьбы различного рода с помощью слов, символических жестов или карточек. Данные навыки также называются «мандами» в соответствии с классификацией вербального поведения по Скиннеру. Включает 29 навыков.

Г. Называние. Способность ребенка назвать объекты, их функции, качества или категории. Для называния могут использоваться как устная речь, так и символические жесты. Включает 47 навыков.

Н. Интравербальная речь. Навыки коммуникации с другим человеком (с помощью устной речи или жестов), когда единственным стимулом являются чужие слова, при отсутствии желаемых предметов или других мотиваторов. Включает 49 навыков.

И. Спонтанные вокализации. Использование устной речи или ее элементов без подсказок или побуждения со стороны другого человека. Включает 9 навыков.

Ж. Синтаксис и грамматика. Насколько правильно ребенок согласует друг с другом слова и словосочетания. Включает 20 навыков.

К. Игры и досуг. Навыки самостоятельной игры в одиночестве или группе ровесников. Включает 15 навыков.

Л. Социальное взаимодействие. Социальные навыки при взаимодействии с ровесниками и взрослыми. Включает 34 навыка.

М. Групповое обучение. Способность ребенка учиться в группе ровесников, в том числе, воспринимать фронтальную инструкцию. Включает 12 навыков.

Н. Правила класса. Способность следовать правилам и типичному распорядку в школе. Включает 10 навыков.

Р. Генерализация навыков. Способность обобщить усвоенный материал и использовать его в повседневных или в новых ситуациях. Включает 6 навыков.

Q. Чтение. Знание букв алфавита, готовность к чтению и навыки чтения. Включает 17 навыков.

R. Математические навыки. Числа, порядковый и количественный счет, знание математических понятий, например: больше, меньше и равно, операции сложения и вычитания. Включает 29 навыков.

S. Графические навыки. Базовые графические навыки, раскрашивание, рисование, копирование линий, навыки письма от руки. Включает 10 навыков.

T. Правописание. Навыки буквенного анализа слов. Включает 7 навыков.

U. Одевание. Способность одеться и раздеться самостоятельно. Включает 15 навыков.

V. Навыки приема пищи. Базовые навыки самообслуживания при приеме и приготовлении пищи. Включает 10 навыков.

W. Уход за внешним видом. Базовые навыки ухода за внешностью и личной гигиены. Включает 7 навыков.

X. Использование туалета. Базовые навыки опрятности и использования туалета. Включает 10 навыков.

Y. Навыки крупной моторики: игра в мяч, ползание, бег, прыжки на одной ноге, раскачивание на качелях и так далее. Включает 30 навыков.

Z. Навыки мелкой моторики: умение листать страницы, резать ножницами, нанизывать бусины на нитку и т. п. Включает 28 навыков.

Особые пункты в каждой шкале представляют собой специфический, уникальный навык в этой сфере. Все навыки в протоколе ABLLS-R обозначаются в соответствии с буквой шкалы, к которой относится данный навык, и порядковым номером данного пункта в шкале. Например, пункт G включает в себя 47 отдельных навыков. Каждый из навыков обозначается как G1, G2, G3, G4 и так далее. Например: G1 – название стимулирующих объектов, G2 – название предметов из по-

вседневной жизни, G3 – название людей из повседневной жизни, G4 – название изображений предметов из повседневной жизни.

Требования, предъявляемые к проведению тестирования

Информация для заполнения протокола ABLLS-R собирается из трех основных источников. По многим шкалам тест заполняется со слов родителей, педагогов и других людей, которые постоянно контактируют с ребенком. Например, это относится к навыкам личной гигиены, поведению ребенка в группе, игровой деятельности. Для обеспечения максимальной объективности при заполнении этих шкал рекомендуется опросить нескольких людей из окружения ребенка. Второй источник информации для заполнения протокола – это непосредственное наблюдение за ребенком в различных ситуациях. При этом важно не просто определить наличие у него тех или иных навыков, но и понять, как именно ребенок использует их в различных ситуациях. Таким образом, тестирование по методике ABLLS-R должно предусматривать возможность для продолжительного наблюдения за поведением за ребенком. Третий источник для тестирования – предъявление специалистом заданий ребенку для определения уровня развития тех или иных навыков.

При сборе информации в отношении навыков ребенка очень важно наблюдать за ним в различных обстоятельствах и за различными занятиями, в том числе, при взаимодействии со сверстниками и несколькими инструкторами. Сбор информации от третьих лиц без непосредственного наблюдения за ребенком, как правило, не позволяет составить объективной картины того, как он использует свои навыки. Кроме того, рекомендуется проводить наблюдение за ребенком в течение более чем одного дня, чтобы определить стабильность в уровне демонстрируемых навыков.

Если наблюдения и сообщения о навыках ребенка от третьих лиц не совпадают, то рекомендуется отразить это в графе «Комментарии» в тесте протокола. В некоторых случаях кто-то из респондентов может просто не понять специфику задания, или, возможно, не-

осознанно подсказывать ребенку во время его выполнения. Кроме того, ребенок мог проявлять разные степени сотрудничества с разными людьми. Наблюдения за ребенком в разных ситуациях позволяют определить вариативность в его поведении, которая может объяснить вариативность в результатах теста.

Фиксирование результатов тестирования

Каждая шкала ABLLS-R состоит из субтестов – отдельных заданий, которые соответствуют специфическому навыку. Владение каждым навыком оценивается по шкале от 0 (полное отсутствие данного навыка) до 1, 2 или 4 в зависимости от задания. В каждом задании описаны критерии для каждого числа шкалы. То, что данный навык оценивается по шкале до 1, 2 или 4, никак не отражает его значимости в психическом развитии или тестировании. Все пункты теста описаны единообразно и включают номер задания, четыре шкалы баллов для данного навыка, название задания, цель задания, вопросы об овладении ребенком данным навыком, примеры реакций (если в этом есть необходимость), критерии для определения баллов, а также раздел для комментариев.

Для каждого задания существует 4 шкалы баллов для результатов, где верхняя шкала – результаты первичного тестирования, а шкалы, расположенные ниже, предназначены для последующих повторных тестирований того же ребенка.

Ниже приводится пример задания из теста ABLLS-R:

	Баллы	Задание	Цель задания	Вопрос	Пример	Критерий	Заметки
1	0 1 2 0 1 2 0 1 2 0 1 2	Откликается на имя	Ученик смотрит или подходит к человеку, когда его зовут	Ученик смотрит или подходит к человеку, когда подходит		2=с готовностью смотрит или 1=требуется помощь	

				его 30- вут?			
--	--	--	--	-----------------	--	--	--

Рекомендуется по возможности заполнять графу комментариев, так как они могут предоставлять важную информацию для составления ИПР, в частности, в эту графу записывается все, связанное с обобщением навыка и выполнением ребенком задания в разных условиях (например, оценка навыка дома родителями и поведение ребенка в школе могут сильно различаться). Кроме того, важно описать обстоятельства, в которых ребенок может продемонстрировать данный навык, если он не может показать его в других обстоятельствах.

В приложениях к протоколу теста содержится подробная информация о том, какие задания можно предложить ребенку для выполнения того или иного пункта, а также, как решить некоторые типичные проблемы, возникающие при выполнении теста.

При тестировании считается важным не переоценить недавно сформированные навыки ребенка, именно поэтому такой акцент делается на опросе окружения и на прямом наблюдении в различных ситуациях. Кроме того, в результаты не включаются навыки, которые ребенок демонстрировал в прошлом, если он не продемонстрировал данные навыки при тестировании.

В случае если мотивационные проблемы не позволили ребенку выполнить задание, то допустимо заполнять результат на основании данных, полученных от семьи и людей, работающих с ребенком. Однако в целом считается, что лучше недооценить навыки ребенка, чем переоценить их, поскольку при завышенных результатах программа ребенка окажется слишком трудной для него, что может способствовать закреплению негативного поведения во время занятий и таких реакций как угадывание. В случае промежуточных результатов по отдельному навыку, ставится меньшее число по данной шкале.

Окончание читайте в следующем номере журнала.

Семенович, М.Л. Описание методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) Ч. 2. / М.Л. Семенович, Н.Г. Манелис, А.В. Хаустов, А.И. Козорез, Е.В. Морозова // Аутизм и нарушения развития. – 2015. – № 4 (49). – С. 3–10.

(Продолжение)

Аннотация. Для разработки комплексных индивидуальных коррекционно-образовательных программ детям с нарушениями в развитии или с расстройствами аутистического спектра следует проводить диагностику и оценку функциональных навыков. Описываемая Методика оценки базовых речевых и учебных навыков (*Assessment of Basic Language and Learning Skills, Revisited*) позволяет упростить и сделать диагностику более эффективной, провести всестороннее обследование ребенка по разным областям развития, выявить сформированные и дефицитарные навыки. Во второй, заключительной, части описания методики приведены рекомендации по заполнению таблицы результатов первичного и повторного тестирования, выбору целей коррекционной работы с ребенком на основе показателей отдельных шкал теста, приведен пример таблицы, заполненной после первичного и повторного тестирования. При составлении индивидуальной программы развития рекомендуется учитывать готовность ребенка к освоению того или иного навыка. Также важны регулярная практика выбранных навыков в различных ситуациях и профилактики регресса навыков.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, Методика оценки базовых речевых и учебных навыков (*Assessment of Basic Language and Learning Skills, Revisited*), индивидуальная программа развития.

Abstract. *Diagnostics and assessment of the functional skills of children with disabilities and autism spectrum disorders are to be conducted to develop comprehensive remedial educational programmes. The described Methodology of the Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revisited (ABLLS-R) allows to simplify and make the diagnostics more efficient, to conduct a comprehensive examination of the child in different areas of development, detect the formed and deficit skills. The second and final part of the description of the methodology offers recommendations on the filling of the Table of the Results of Initial and Repeated Testing and on the choice of goals of correctional work with a child on the basis of performance of individual test scales. The pattern of the table filled after the initial and repeated testing is given. In drawing up of the programme of individual development the willingness of the child to the development of that skill should be considered. Regular practice of selected skills in various situations and the preventive measures against the regression of skills are also important.*

Keywords: *autism spectrum disorder, Methodology Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised (ABLLS-R), individual development programme.*

Повторное тестирование и визуальное отображение динамики результатов

После заполнения протокола все данные первичного тестирования переносятся в специальную таблицу результатов ABLLS-R. В таблице все шкалы представлены как вертикальные колонки. Строки каждой колонки соответствуют заданиям данных шкал, где одна строка является одним заданием шкалы, а ее положение в колонке является номером задания при нумерации снизу вверх. Каждая строка разбита на 1, 2 или 4 ячейки, что соответствует шкале результатов задания.

Если ребенок не владеет данным навыком (0 при оценке по данному заданию), то соответствующая строка в таблице остается пустой. В противном случае закрашиваются 1, 2, 3 или 4 ячейки в зави-

симости от результата ребенка. Рядом с каждой строчкой справа от номера задания находится небольшой круг, который закрашивается, если данный пункт был рассмотрен при тестировании ребенка, но при этом результат составил 0.

Результаты повторных тестирований заносятся в ту же визуальную таблицу, при этом ячейки закрашиваются другим цветом, соответствующим данному номеру тестирования. Ниже приводится пример таблицы, заполненной после первичного и одного повторного тестирований ребенка с разрывом в несколько месяцев.

Особенности метода таковы, что он позволяет отобразить прогрессивную динамику в приобретении ребенком новых навыков, но не может отразить регресс в навыках (на визуальной таблице не отображается утрата навыков при повторном тестировании). Это объясняется тем, что, по предположению авторов методики, если изначально навыки не были завышены, и если ребенка обучают тем навыкам, которые он может использовать в своей повседневной жизни, то утрата их крайне маловероятна. Ключевой момент заключается в профилактике регресса навыков и составлении такой ИПР, которая гарантирует регулярную практику данного навыка в различных ситуациях. В тех же случаях, когда регресс связан с органическими причинами, например, с началом судорожных приступов, рекомендуется заново провести первичное тестирование.

Составление индивидуальной программы развития по результатам тестирования

Структура теста подразумевает, что отдельные пункты тестирования будут преобразованы в цели индивидуальной программы развития с сохранением тех же формулировок. Однако выбор целей из множества заданий, по которым ребенок с задержкой речи мог показать отсутствие навыков, является сложной задачей.

Ученик	Дата	Целевой Код
Специалист	09/2013	
	05/2014	

Assessment of Basic Language and Learning Skills

Skills Tracking System

Category A: Социальность (A19 to A1)

Category B: Зрительное восприятие (B27 to B1)

Category C: Восприятие речи (C57 to C1)

Category D: Двигательная имитация (D27 to D1)

Category E: Вокальная имитация (E20 to E1)

Category F: Просьбы (F29 to F1)

Category G: Маркировка (G47 to G1)

Category H: Устная речь (H49 to H1)

Category I: Сокращенная коммуникация (I19 to I1)

Хотя ABLLS-R не учитывает различные виды нежелательного поведения, мешающего обучению, авторы руководства к тесту рекомендуют в первую очередь выделить такое поведение как первоочередную цель при составлении индивидуального плана.

Перед разработкой программы также рекомендуется собрать максимум информации от членов семьи и разных специалистов, работающих с ребенком, чтобы соответственно выбрать цели программы. Важно предложить членам семьи и специалистам просмотреть предложенные пункты программы, чтобы удостовериться, что все они соответствуют ожиданиям от дальнейшей работы по развитию ребенка.

После отбора целей команда по выработке индивидуального плана развития определяет, как будет выглядеть достижение ребенком данной цели, и какие результаты он должен будет продемонстрировать. Например, «ребенок будет собирать разрезные картинки из 6-ти частей в 8-ми случаях из 10-ти». Также уточняется, как именно будет осуществляться сбор данных о приобретении того или иного навыка, например, из наблюдения учителя в классе. Все члены команды по разработке про-

граммы договариваются о том, что именно имеется в виду под целью, например: «Ребенок будет самостоятельно мыть руки с мылом, когда рядом с ним не стоит другой ребенок или взрослый, после чего будет вытирать руки полотенцем».

Выбор приоритетных целей для программы развития является глубоко индивидуальным процессом, который зависит от текущего уровня навыков ребенка, требований образовательного учреждения, пожеланий семьи и т.д. При этом рекомендуется ориентироваться на готовность ребенка к освоению того или иного навыка, а не просто выбирать задания самого низкого уровня, с которыми он не справился.

Как правило, для ИПР выбираются 20–30 целей на основе тестирования по ABLLS-R. Маловероятно, чтобы ребенок смог выполнять одинаковое количество заданий из всех шкал, так что рекомендуется выбрать 15 сфер (шкал теста), которые являются приоритетными для развития данного ребенка, и выбрать по 1–2 цели из каждой шкалы. Авторы теста рекомендуют избегать чрезмерного количества образовательных целей, так как это сократит время индивидуального обучения и затруднит усвоение навыков. Кроме того, чрезмерное количество целей сильно осложнит сбор информации для их достижения. Не следует забывать, что при обучении ребенка важно находить любые возможности для спонтанного обучения в естественных условиях, а также помогать ему обобщить усвоенные навыки и переносить их в различные ситуации, а это потребует большого объема времени. Также допустимо выбирать одну новую цель каждый раз, когда одна из целей плана была достигнута.

Поскольку выбор приоритетных целей является индивидуальным процессом, не существует универсальных критериев по выбору их для всех детей. Однако авторы теста высказывают пожелания, основанные на опыте применения ABLLS-R. При этом рекомендуется сделать упор на базовые навыки, которые связаны с развитием речи, а также с навыками, помогающими эффективнее обучаться в будущем.

Ниже приводятся рекомендации по выбору целей на основе отдельных шкал теста.

А. Сотрудничество и эффективность поощрений. Очень важно развивать у ребенка навыки сотрудничества, в частности, стремиться делать поощрения все более редкими. Однако цели из этой шкалы чаще всего не выбираются, так как уменьшение частоты поощрений, как правило, достигается в рамках самой качественной практики обучения. Следует выбирать цели на основе этой шкалы только в тех случаях, когда ученик очень специфически реагирует на контроль поощрений со стороны педагога, на перемены в схеме поощрений; в этом случае рекомендуется включать одну цель из этой сферы. Например, если ученик не дожидается инструкций педагога и не смотрит на предъявляемый материал, то уместно сделать это одной из целей обучения.

В. Визуальное восприятие. Как правило, в ИПР включаются 1–3 цели из данной сферы. Для многих детей с задержкой речи, особенно детей с РАС, невербальное мышление является сильной стороной. Так что часто для ИПР выбираются цели, которые будут развивать существующие сильные стороны ребенка, позволят ему чувствовать себя успешным и легко зарабатывать поощрения, но в то же время будут развивать его навыки работы со все более сложным материалом. Часто эти навыки можно связать с другими сферами, например, сбор паззлов может развивать навык выполнения инструкций педагога, выполнения задания без подсказок, развития мелкой моторики.

С. Рецептивный язык. Для детей с задержкой речи рекомендуется выбрать минимум 1-2 цели из этой критически важной сферы. Если у ребенка есть проблемы с выполнением простых устных инструкций или с выбором предметов по названию, то именно на эти базовые навыки должен быть сделан акцент в ИПР ребенка. Например, такими целями могут стать: следование простым инструкциям в повседневной ситуации и способность различать от пяти до десяти предметов в соответствии с устной инструкцией. Если же ребенок продемонстрировал

такие навыки на тестировании, то его целями могут стать следование сложным устным инструкциям, определение 30–50-ти предметов на слух или определение действий на слух. Если ребенок может различать до 100 предметов и больше на слух, то его можно обучать различению предметов по функциям, качествам или категориям.

Д. Моторная имитация. Рекомендуется включать в ИПР цель по имитации для стриптизера развитого и обобщенного репертуара по имитации действий. Ребенок должен уметь имитировать самые разные движения в том числе статические и кинетические, подражать скорости и интенсивности действий.

Е. Вокальная имитация (звукоподражание). Рекомендуется выбрать цель из этой шкалы для любого ребенка, у которого нет развитой речи. Если ребенок не может повторить слово, то рекомендуется учить его имитировать простые вокализации, например, 2 звука, либо сосредоточиться на двигательной имитации движений головы и рта, если эти навыки развиты плохо. Если ребенок имитирует отдельные звуки, то рекомендуется сделать его целью имитацию отдельных слогов и простых слов. Если ребенок может повторить слова и простые фразы, то рекомендуется выбрать цель по улучшению артикуляции, либо по имитации скорости и громкости речи.

Ф. Обращение с просьбой. Подавляющее большинство детей с задержкой речи нуждаются в развитии способности попросить поощрение или информацию. Если ребенок никак не может попросить конкретные предметы или действия, то рекомендуется включить в его ИПР минимум одну цель из этой сферы, например, по навыку спонтанно просить несколько предметов или занятий. Для ребенка, у которого развит навык подобных просьб, целью может стать просьба дать недостающий предмет (например, бумагу к карандашам), просьба об информации (например, «кто», «что» и «где»), просьба к ровеснику (а не ко взрослому) и т.д.

Г. Называние. Так же как и в случае с рецептивным языком, настоятельно рекомендуется включать в ИПР ребенка с задержкой речи минимум одну либо более целей, связанных с называнием. Такая цель

должна выбираться даже для того ребенка, у которого данная сфера речи является относительно развитой. Цели из данной сферы должны выбираться даже для ребенка, который совсем не может повторить слова или жесты из жестового языка за инструктором. Например, целью может стать называние всего пяти поощряющих или повседневных предметов.

Н. Интравербальная речь. Цели из данной сферы обычно ставят в работе с вербальным ребенком, который может попросить как минимум о нескольких предметах и действиях, у которого также есть навыки называния и рецептивного языка. Для такого ребенка целью может стать вставление слов в простые фразы или текст песен. Если ребенок невербален, но может обращаться с просьбами с помощью жестов, то он может и отрабатывать навыки перевода на жестовый язык по просьбе.

И. Спонтанные вокализации. Эта сфера является очень важной для речевого развития ребенка, однако, как правило, конкретную цель для ИПР выбирать из этой шкалы не стоит, так как такие вокализации поощряются в естественных спонтанных ситуациях. Цель из этой шкалы можно включить для ребенка с развитыми речевыми навыками, который при этом не применяет их спонтанно. Как правило, для достижения такой цели достаточно проанализировать условия окружающей среды и гарантировать, что спонтанная речь ребенка в достаточной мере поощряется.

Ж. Синтаксис и грамматика. Рекомендуется выбрать одну-две цели из этой сферы для детей, у которых есть развитый навык просьбы, называния и интравербальные навыки. Обучать языковым нормам до развития функциональных речевых навыков не рекомендуется.

К. Игры и досуг. Как правило, рекомендуется выбрать хотя бы одну цель для ИПР ребенка из данной сферы. Если ребенок не играет в игрушки и не имеет уместных способов досуга, то рекомендуется выбрать цель, направленную на повышение разнообразия его игры, второй целью может стать увеличение объема времени, посвященного этим занятиям. Если у ребенка есть достаточные навыки игры и досуга, то рекоменду-

ется выбрать для него цель по развитию навыка совместной игры со сверстниками.

L. Социальное взаимодействие. Эти навыки всегда нуждаются в развитии, независимо от уровня речевых навыков ребенка. Если речевые навыки ребенка не развиты, то целью ИПР может стать самостоятельное ответное приветствие, игра по очереди, обращение к другим людям за общением, развитие умения добровольно возвратить поощрение и так далее. Если у ребенка развиты навыки речи, то он может учиться просить предметы и информацию у ровесников, предлагать поделиться, инициировать приветствие, поддерживать разговор или учиться говорить о том, что интересно другим людям.

M. Групповое обучение.

N. Правила класса. Цели из данной сферы важны для подготовки ученика к школе или к переходу в другой класс, где его ждут изменения в правилах поведения или ожиданиях от учащихся. Цели на основе этой шкалы могут быть особенно важны для ребенка, у которого есть нежелательное поведение во время перехода от одного занятия к другому.

P. Генерализация навыков. Обычно цели из этой сферы не включаются в ИПР, поскольку генерализация навыков является стандартным требованием при обучении. Цель из данной сферы может быть выбрана для ребенка, у которого есть серьезные трудности с обобщением (он учится только в строго контролируемых ситуациях).

Q-T. Академические навыки. Данные навыки не относятся к базовым речевым и учебным навыкам, поэтому их включение в ИПР не является обязательным. Рекомендуется включить в ИПР 1–2 цели по академическим навыкам для ребенка, который уже овладел большинством базовых навыков. Если ребенок еще не освоил базовые навыки, но его очень интересуют числа, буквы или слова, то желательно выделить одну или две академические цели, которые будут способствовать развитию интересов ребенка.

U-X. Если у ребенка есть трудности в самообслуживании или других повседневных занятиях, то рекомендуется выбрать одну или более

целей для обучения самостоятельному одеванию, еде, гигиене или использованию туалета. Однако рекомендуется обучать этим навыкам в контексте обычных повседневных занятий.

У. Навыки крупной моторики. Обычно рекомендуется выбрать одну или две цели из этой области для ребенка с проблемами крупной моторики, при возможности консультаций со специалистом соответствующего профиля, например, неврологом. Для детей с минимальным уровнем речевых навыков и навыков следования инструкции либо для детей с проблемами координации и мышечного контроля бывает желательно выбрать несколько целей по обучению таким навыкам. Для ребенка с развитыми речевыми и моторными навыками часто можно объединить несколько навыков в одну цель (например, научить ребенка катить, кидать и пинать мяч). Навыки крупной моторики могут быть нужны для развития социального взаимодействия и повышения уровня инклюзии (подвижные игры со сверстниками), и рекомендуется согласовывать цели из этой сферы с целями по социальному взаимодействию.

З. Навыки мелкой моторики. В некоторых случаях рекомендуется включать цели по развитию мелкой моторики в ИПР ребенка, однако во многих случаях их можно объединить с другими целями, например, с визуальным восприятием или имитацией. Как правило, цели по развитию мелкой моторики включают в тех случаях, когда ребенок испытывает серьезные сложности с графическими навыками.

Обучение специалистов

Специфика тестирования по протоколу ABLLS-R такова, что тестирование может выполнять поведенческий аналитик, психолог, педагог, логопед или любой другой специалист, а также это могут делать родители ребенка. Единственным условием является изучение протокола теста с возможностью задать уточняющие вопросы и регулярный контакт с обследуемым ребенком. При этом рекомендуется, чтобы информацию собирал именно тот специалист, который будет заниматься разработкой ИПР.

Таким образом, обучение специалистов сводится к краткому инструктажу по разъяснению терминологии протокола и его заполнению и особенностям выполнения тех или иных заданий. Специального уровня подготовки потребует только перевод результатов тестирования в конкретный план обучения, и поскольку тест основан на концепциях прикладного анализа поведения, эта задача потребует знаний в области этого подхода.

Заключение

В результате апробации описанной методики и анализа результатов научно-исследовательской работы по теме «Пилотная апробация методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) у детей с расстройствами аутистического спектра», проведенной сотрудниками ЦПМССДиП МГППУ, сделаны следующие выводы:

1. Результаты апробации методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) с детьми, имеющими РАС, показали, что данный тест позволяет провести их всестороннее обследование по разнообразным областям развития, выявить сформированные и дефицитарные навыки.

2. Тест ABLLS-R позволяет проводить оценку навыков у детей с различными формами и степенью выраженности расстройств аутистического спектра, в т.ч. у безречевых детей.

3. Достоверность результатов обследования по методике ABLLS-R достигается за счет качественной и количественной обработки полученных данных.

4. Тест ABLLS-R включает графическую обработку полученных данных, что позволяет визуально отобразить результаты обследования детей с РАС по различным областям развития.

5. Результаты тестирования по методике ABLLS-R позволяют разработать индивидуальные коррекционно-образовательные программы для детей с РАС или рекомендации по организации обучения и коррекционной работы с ними, учитывающие сильные стороны и дефициты детей.

6. Анализ коррекционно-образовательных программ, разрабатываемых на основании результатов обследования с использованием методики ABLLS-R, показал, что они характеризуются структурированностью, конкретностью целей коррекции и обучения, наличием четких критериев оценки эффективности проведенной работы.

7. Повторное использование методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) позволяет отследить динамику в развитии детей с РАС и эффективность проведенной коррекционной и образовательной работы.

Использование методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) способствует повышению эффективности коррекционной и образовательной работы с детьми, имеющими РАС.

Литература

1. Векслер Д. Шкала интеллекта Векслера для детей. Руководство. 2003. 93 с.
2. Венгер А.Л. Психологическое обследование младших школьников. / А.Л. Венгер, Г.А. Цукерман. – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 88 с.
3. Глозман Ж.М. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж.М. Глозман, А.Ю. Потанина., А.Е. Соболева – СПб.: Питер, 2008. – 80 с.
4. Корсакова Н.К. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников / Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе, Е.Ю. Балашова М.: Рос. пед. Агентство, 1997. – 123 с.
5. Лебединская К.С. Диагностика раннего детского аутизма / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 13 с.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М.: Изд-во МГУ, 1973. – 384 с.
7. Манелис Н.Г. Сравнительный нейропсихологический анализ формирования высших психических функций у здоровых детей и

у детей с аутистическими расстройствами: автореф. дисс. канд. психол. наук. / Н.Г. Манелис. – Москва, 2000. – 124 с.

8. Переслени Л.И. Психодиагностический комплекс методик для определения уровня развития познавательной деятельности младших школьников / Л.И. Переслени. – М.: Когито-центр, 1996. – 71 с.

9. Плаксунова Э.В. Стимуляция и развитие движений у детей с расстройствами аутистического спектра / Э.В. Плаксунова. – М., 2011. – 222 с.

10. Практикум по патопсихологии / Под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В. Лебединского. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 184 с.

11. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М., 2009. – 164 с.

12. Равен Дж.К. Цветные прогрессивные матрицы / Дж.К. Равен, И. Стайл, М. Равен. – М.: Когито-центр. 2004. – 72 с.

13. Равен Дж. Цветные прогрессивные матрицы. Руководство к тесту Равена: Раздел 2 / Дж. Равен, Дж.К. Равен, Дж. Корт. – М.: Когито-центр. 2009. – 80 с.

14. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство / С.Я. Рубинштейн. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2007. – 224 с.

15. Семаго Н.Я. Диагностический комплект психолога (методическое руководство) / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М., 2007.

16. Семаго Н.Я. Руководство по психологической диагностике: Дошкольный и младший школьный возраст. Методическое пособие / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М., 2000. – 32 с.

17. Хаустов А.В. Дети с расстройствами аутистического спектра. Протокол педагогического обследования / А.В. Хаустов, Е.Л. Красносельская, И.М. Хаустова // Практика управления ДООУ. – 2014. – № 1. – С. 32–50.

18. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей / Л.С. Цветкова. – М.: Когито-центр, 1998. – 128 с.

19. Cooper J.O., Heron T.E., Heward W.L. Applied Behavior Analysis. – Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. 1987.
20. Partington J.W. The Assessment of Basic Language and Learning Skills – Revised (The ABLLS-R). The ABLLS-R Protocol. – Behavior Analysts, Inc. 2006. 94 p.
21. Partington J.W. The Assessment of Basic Language and Learning Skills –Revised (The ABLLS-R). Scoring Instructions and IEP Development Guide (The ABLLS-R Guide). – Behavior Analysts, Inc. 2006. 148 p.
22. Schopler E., Reichler R., Bashford A., Lansing M., Marcus L. Psychoeducational Profile – Revised (PEP-R). – Austin, TX: PRO-ED, 1990.
23. Skinner B.F. Verbal Behavior. 1957.
24. Sparrow S., Balla D., Cicchetti D. Vineland Adaptive Behavior Scales. – Circle pines, M.N.: American Guidance Service. 1984.
25. Sundberg M.L., Partington J.W. Teaching language to children with autism or other developmental disabilities. 1998.

Хаустов А.В. Особые образовательные потребности обучающихся с расстройствами аутистического спектра / А.В. Хаустов // Аутизм и нарушения развития. – 2016. – Т.14, – № 2 (51). – С. 3–12.

Аннотация. Образование детей с расстройствами аутистического спектра возможно только с учетом их особых образовательных потребностей. Особые образовательные потребности детей обуславливают необходимость создания специальных образовательных условий. На основе существующего первоначального перечня особых образовательных потребностей, представленного в примерной адаптированной основной общеобразовательной программе для обучающихся с расстройствами аутистического спектра, и с учетом современных научных данных об особенностях их развития выделен структурированный перечень 4-х групп особых образовательных потребностей. Первая группа образовательных потребностей связана с особой организацией образовательного процесса, вторая группа – с адаптацией содержания образовательной программы, третья – с адаптацией способов

подачи учебного материала, четвертая группа – с преодолением трудностей в развитии, социализации и адаптации.

Ключевые слова: *расстройства аутистического спектра, особые образовательные потребности, специальные образовательные условия, индивидуальный образовательный маршрут, социализация, адаптация.*

В соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – Стандарт) образование детей с ОВЗ, в т.ч. детей с расстройствами аутистического спектра, осуществляется с учетом и в соответствии с их особыми образовательными потребностями.

Термин «потребности» в данном контексте не рассматривается в качестве внутренних побуждающих мотивов ребенка к чему-либо, как это принято в классической психологической науке.

Понятие «особые образовательные потребности» во многом синонимично понятию «особые нужды» («special needs»), принятому в странах Западной Европы и США. Под особыми образовательными потребностями понимается необходимость создания специальных условий для обучающегося с целью освоения им адаптированной основной общеобразовательной программы.

Знания об особых образовательных потребностях детей с РАС необходимы для:

- разработки адаптированной основной общеобразовательной программы (далее – АООП);
- разработки адаптированной образовательной программы (далее – АОП);
- определения содержания образования детей;
- создания специальных образовательных условий;
- выбора индивидуального образовательного маршрута;
- осуществления коррекционной работы и психолого–медико–педагогического сопровождения;
- разработки индивидуального учебного плана;

– разработки системы оценки достижения планируемых результатов и т.д.

В примерной АООП для обучающихся с РАС выделены особые образовательные потребности детей. Представленный в тексте АООП перечень особых образовательных потребностей является неполным, недостаточно упорядоченным и нуждается в систематизации, структурировании и дополнениях.

Основываясь на существующем первоначальном перечне особых образовательных потребностей, представленном в примерной АООП для обучающихся с РАС, на современных научных данных об особенностях развития детей с РАС и на собственном 20-летнем опыте обучения детей с РАС в начальной школе Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков МГППУ, выделю 4 группы особых образовательных потребностей обучающихся с РАС:

1 группа – образовательные потребности, связанные с особой организацией образовательного процесса;

2 группа – образовательные потребности, связанные с адаптацией содержания основной общеобразовательной программы;

3 группа – образовательные потребности, связанные с адаптацией способов подачи учебного материала;

4 группа – образовательные потребности, связанные с преодолением трудностей в развитии, социализации и адаптации.

1 группа особых образовательных потребностей – потребности, связанные с особой организацией образовательного процесса:

а) Потребность в компетентности специалистов

Для обучения ребенка с РАС педагогическим работникам и специалистам необходима специальная подготовка, включающая:

– знания об особенностях развития и особых образовательных потребностях обучающихся с РАС;

– умение использовать эти знания для организации и осуществления образовательного процесса с обучающимися с РАС, для создания специальных образовательных условий для этих детей;

- умение адаптировать общеобразовательные программы в соответствии с особыми образовательными потребностями детей с РАС;
- знание эффективных обучающих и коррекционных технологий, использующихся в мировой практике при работе с детьми с РАС;
- умение использовать эти технологии в процессе обучения детей с РАС.

б) Потребность в индивидуализации образовательного маршрута

Выраженное искажение, асинхрония в развитии, специфические нарушения коммуникации, социального взаимодействия, поведения, сенсорного развития обуславливают необходимость построения гибкого образовательного маршрута для каждого ребенка с РАС. В зависимости от индивидуальных особенностей детей, их обучение может осуществляться в форме:

- инклюзивного образования;
- инклюзивного образования с поддержкой в ресурсном классе;
- в отдельных классах для детей с ОВЗ;
- в форме «надомного» обучения в условиях школы с систематическим включением в учебный процесс совместно с другими детьми.

в) Потребности в адаптации образовательной среды предполагают необходимость:

- создания визуально структурированной среды

Эта потребность связана с трудностями переработки у детей с РАС сенсорной информации, которые приводят к непониманию ребенком окружающих явлений, к трудностям усвоения последовательности повседневных событий, и в итоге, к поведенческим нарушениям. Необходимо создание четко организованного и упорядоченного пространства, визуальной временной структуры уроков и всего пребывания ребенка в школе, обеспечивающих предсказуемость событий;

- создания мотивирующей комфортной среды

Часто дети с РАС не мотивированы на обучение в школе и/или испытывают значительную сенсорную перегрузку, находясь в классе, что обычно приводит к выраженным поведенческим нарушениям. Создани-

едля ребенка с РАС мотивирующей среды, учитывающей его специфические интересы и особенности переработки сенсорной информации, будет способствовать преодолению данных трудностей. Создание мотивирующей среды включает:

- эмоциональный контакт с педагогом;
- толерантное, доброжелательное отношение со стороны всех участников образовательного процесса, обеспечивающее эмоциональный комфорт ребенку с РАС;
- предупреждение и избегание ситуаций, вызывающих сенсорную перегрузку ребенка;
- использование в процессе обучения дидактических и учебных материалов, видов деятельности, к которым ребенок с РАС испытывает интерес;
- дополнительное поощрение и подкрепление.

г) Потребность в предварительной подготовке к фронтальному обучению

В связи с несформированностью у детей с РАС адаптивных форм социального поведения, взаимодействия и коммуникации, с наличием когнитивных и эмоциональных нарушений, они нуждаются в систематической подготовке к фронтальному обучению.

Подготовка к фронтальному обучению включает поэтапную работу по формированию у ребенка с РАС стереотипа учебного поведения, навыков социального взаимодействия и начальных учебных навыков на индивидуальных занятиях, затем – на занятиях в мини-группе, подгруппе и группе.

д) Потребности в адаптационном периоде на начальном этапе школьного обучения

Детей с РАС характеризуют выраженные трудности в адаптации к новым условиям, связанные с их сенсорными, эмоциональными нарушениями, с недостаточной гибкостью мышления. Поэтому при по-

ступлении в школу обучающимся с РАС необходим адаптационный период. Потребности в адаптационный период включают необходимость:

- установления эмоционального контакта между учителем и ребенком;
- усиления учебной мотивации ребенка;
- индивидуально дозированного введения ребенка в ситуацию обучения в классе.

В адаптационный период для ребенка с РАС обеспечивается регулярный, но гибкий график посещения класса, препятствующий его сенсорной перегрузке, вызванной усталостью, пресыщением, перевозбуждением и чрезмерной тревогой.

Включение в образовательный процесс в классе начинается с посещения уроков, которые ребенку с РАС наиболее интересны, и на которых он более успешен.

Постепенно осуществляется переход от фрагментарного к полному включению ребенка с РАС в процесс начального школьного обучения;

- необходимость в индивидуальной поддержке тьютора.

В введении ребенка в ситуацию обучения в классе и освоении им распорядка школьной жизни помогает тьютор. В задачи тьютора в адаптационный период входит помощь в организации деятельности ребенка с РАС в соответствии с распорядком дня всего класса, поддержка учебного поведения на уроке, предупреждение сенсорной перегрузки, помощь в социально-бытовых и коммуникативных ситуациях.

По мере завершения адаптационного периода помощь тьютора необходимо минимизировать для достижения максимальной самостоятельности ребенка.

Индивидуальная поддержка тьютора часто необходима на протяжении всего обучения ребенка с РАС в начальной школе;

- необходимость снижения требований к усвоению программного материала.

Основной задачей адаптационного периода является привыкание и принятие ребенком с РАС ситуации обучения в школе. Для достижения этой задачи важно минимизировать требования к усвоению ребенком программного материала. Снижение программных требований (в комплексе с другими условиями) способствует повышению мотивации ребенка к посещению школы и его адаптации.

е) Потребность в комплексном психолого-педагогическом сопровождении при освоении адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) и/или адаптированной образовательной программы (АОП).

Учитывая первазивный (всеобъемлющий) характер расстройств аутистического спектра, характерные для этих детей трудности освоения общеобразовательных программ, специфические нарушения развития и проблемы социальной адаптации, им необходима комплексная помощь специалистов психолого-педагогического сопровождения (учитель, педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, тьютор, социальный педагог, педагоги дополнительного образования). Психолого-педагогическое сопровождение с целью освоения ребенком образовательной программы осуществляется в процессе урочной и внеурочной деятельности.

ж) Потребность в согласованности действий педагогов и родителей.

Наибольшая эффективность при обучении детей с РАС достигается при скоординированных действиях всех участников образовательного процесса. Педагогам и родителям необходимо выработать единое понимание и стратегию действий в отношении того, чему обучать ребенка, как его обучать, и как преодолевать трудности, возникающие в процессе обучения. Выработка единых решений и общих алгоритмов действий осуществляется в ходе интеграции знаний родителя об особенностях ребенка и практического опыта специалистов по обучению детей с РАС.

з) Потребность в индивидуальной оценке образовательных результатов.

Дети с РАС, обучающиеся в начальной школе совместно с типично развивающимися сверстниками или детьми с другими ОВЗ по адаптированной образовательной программе, нуждаются в индивидуальной оценке образовательных результатов.

Критерием оценки результативности обучения является достижение ребенком с РАС планируемых результатов, включенных в его адаптированную образовательную программу, а не планируемых результатов основной общеобразовательной программы, по которой учатся все дети.

2 группа особых образовательных потребностей – потребности, связанные с адаптацией содержания основной общеобразовательной программы:

а) Потребность в индивидуализации содержания адаптированной основной общеобразовательной программы.

Учитывая тот факт, что выраженность нарушений при расстройствах аутистического спектра варьирует в широком диапазоне, и для каждого ребенка с РАС характерна асинхрония в развитии различных функций, содержание основной общеобразовательной программы адаптируется и индивидуализируется.

Стандарт предусматривает 4 варианта адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) начального общего образования для детей с РАС. Основным механизмом индивидуализации содержания образования является разработка и реализация адаптированной образовательной программы (АОП) или специальной индивидуальной программы развития (СИПР). АОП или СИПР разрабатываются на основе одного из вариантов АООП, предусмотренных Стандартом (8.1, 8.2, 8.3, 8.4).

б) Потребность в формировании социальных (жизненных) компетенций.

Необходимость формирования жизненных компетенций у детей с РАС обусловлена следующими, характерными для них особенностями:

– Трудностями усвоения функциональных навыков, необходимых для их повседневной жизни: коммуникации, социального взаимодействия, социально-бытовых навыков. Во многих случаях у детей с РАС с высоким уровнем интеллектуального развития, у которых не возникает проблем в освоении общеобразовательной программы по предметным областям, присутствуют стойкие нарушения в освоении навыков, необходимых для решения повседневных жизненных ситуаций.

– Трудностями переноса усвоенных на уроках знаний и умений в условия повседневной жизни. Специфические социальные нарушения (непонимание социальных контекстов, невозможность усвоить социальные нормы поведения) и когнитивные нарушения, трудности генерализации усвоенных знаний и навыков, делают невозможным использование усвоенных на уроках и занятиях знаний и умений в практических жизненных ситуациях. Даже у детей с РАС с формально высокими показателями в освоении различных предметных областей отмечаются трудности практического применения знаний и умений в повседневно возникающих ситуациях. Например, владея знаниями по предмету окружающий мир о явлениях природы, ребенок с РАС может не уметь одеваться в соответствии с погодными условиями. Обучающийся может быстро осуществлять сложные вычисления, но затрудняется использовать деньги в повседневной жизни. Ученик может бегло читать, но не использовать этот навык при ориентировке в городе, метро и т.д.

Таким образом, развитие жизненных компетенций предполагает:

– формирование функциональных навыков, необходимых для повседневной жизни (коммуникативных, социальных, социально-бытовых и т.д.);

– формирование умения использовать навыки, полученные в ходе обучения, в условиях повседневной жизни;

– формирование жизненных компетенций тесно связано с формированием универсальных учебных действий и реализуется в ходе урочной и внеурочной деятельности.

в) Потребность в замене академических/учебных целей на альтернативные.

При работе с детьми с РАС и интеллектуальными нарушениями постановка многих академических/учебных целей обучения является нецелесообразной, т.к. детям с аутизмом тяжело их достичь, и это не повышает качества их жизни. В таком случае осуществляется замена целей обучения на альтернативные и функциональные, относящиеся к жизненным компетенциям. Например, «неговорящего» ребенка с РАС с выраженными интеллектуальными нарушениями обучают не грамоте, а умению выразить просьбу с помощью альтернативных средств коммуникации. Обучающегося с РАС учат не выполнению арифметических действий, а умению распознавать и запоминать числа, обозначающие номер дома, квартиры, автобуса и т.д.

В итоге, замена традиционных планируемых результатов на альтернативные цели обучения способствует улучшению качества жизни ребенка с РАС.

В зависимости от потребностей и уровня развития обучающегося с РАС, соотношение двух образовательных компонентов – академических/учебных навыков и жизненных компетенций – варьируется.

г) Потребность в упрощении содержания основной общеобразовательной программы.

Для детей с РАС и задержкой психического развития или интеллектуальными нарушениями содержание основной общеобразовательной программы упрощается.

Для детей с РАС и ЗПР, обучающихся по 2-му варианту АООП (8.2), упрощение планируемых результатов распространяется только на коммуникативные универсальные учебные действия, которые являются для них недостижимыми.

Для детей с РАС и интеллектуальной недостаточностью, обучающихся по 3-му и 4-му вариантам АООП (8.3, 8.4), упрощаются предметные результаты, а метапредметные – полностью редуцируются. Вместо универсальных учебных действий (УУД), составляющих осно-

ву метапредметных результатов, у детей формируют базовые учебные действия (БУД).

3 группа особых образовательных потребностей – потребности, связанные с адаптацией способов «подачи» учебного материала:

а) Потребность в упрощенных способах подачи учебного материала. Трудности переработки слухоречевой информации, понимания абстрактных понятий, печатных текстов, характерные для детей с РАС, создают для них существенные проблемы при усвоении нового учебного материала. При прохождении новых тем педагогам необходимо адаптировать способы объяснения: использовать упрощенную речь и дополнительные наглядные средства.

б) Потребность в упрощении инструкции.

При обучении детей с РАС важно не только упрощать способы представления нового учебного материала, но и инструкций, т.к. обработка и выполнение длинных многоступенчатых инструкций может вызывать серьезные трудности у этих детей.

Наиболее распространенные способы упрощения инструкции – это ее запись на доске, разбивка на части, замена письменных инструкций пиктограммами, наглядная демонстрация действия.

в) Потребность в дополнительной визуальной поддержке.

Поскольку у детей с РАС преобладают наглядные формы мышления, при объяснении нового материала и в процессе выполнения учебных заданий необходимо использовать дополнительную визуальную поддержку, включающую наглядные модели и иллюстрации, опорные схемы, конспекты и т.д.

г) Потребность в устранении двойных требований.

К обучающимся часто предъявляются сложные двойные требования: решить задачу и аккуратно записать решение в тетрадь, записать под диктовку слова и выделить орфограмму и т.д. Для детей с РАС с ЗПР или интеллектуальными нарушениями выполнение таких двойных требований – сложная задача.

В ситуациях, когда ребенок с РАС не справляется с двойными требованиями, учителю необходимо определить приоритеты и снять одно из них. Возможный способ устранения двойных требований – подготовка частично заполненных специальных бланков, рабочих листов, использование которых позволяет сфокусироваться на актуальной учебной задаче и минимизировать дополнительное требование.

д) Потребность в дроблении учебных задач на отдельные последовательные шаги.

Скорость и качество обработки новой информации и, соответственно, темп и продуктивность усвоения новых тем обучающимися с РАС обычно ниже, чем у других детей с аналогичным уровнем интеллектуального развития. Поэтому, у многих из них возникают трудности с усвоением нового объемного учебного материала. Преодолеть эти трудности возможно путем его дозированной подачи и деления на более мелкие последовательные шаги.

4 группа особых образовательных потребностей – потребности, связанные с преодолением трудностей в развитии, социализации и адаптации:

Детей с РАС характеризуют нарушения в различных областях развития, что приводит к проблемам их социализации, адаптации и трудностям освоения общеобразовательных программ. Для преодоления этих нарушений необходима коррекционная работа с ними, осуществляющаяся в ходе психолого-педагогического сопровождения.

Потребности, связанные с преодолением специфических нарушений в развитии, социализации и адаптации включают:

а) Потребность в выработке социально приемлемого поведения и деятельности как альтернативе дезадаптивного поведения.

У детей с РАС часто не сформированы адаптивные социальные и коммуникативные навыки: например, они не умеют адекватно выражать просьбу, отказ, привлекать внимание другого человека. Это приводит к возникновению и закреплению у них дезадаптивных форм поведе-

ния. Формирование у ребенка адекватных коммуникативно-социальных навыков влечет за собой уменьшение дезадаптивного поведения. Часто стереотипные действия при расстройствах аутистического спектра связаны с несформированностью у обучающихся с РАС различных видов деятельности. При тяжелых формах аутизма у детей не формируются способы адекватного использования предметов в соответствии с их функцией. Формирование у обучающихся с РАС функциональных действий с различными предметами и продуктивной деятельности на уроках, внеурочных мероприятиях, коррекционных занятиях расширяет репертуар адаптивных навыков и способствует уменьшению у них стереотипного поведения.

б) Потребность в поддержке и развитии коммуникации

При расстройствах аутистического спектра у детей не формируются коммуникативные навыки. Преодоление этой проблемы возможно путем проведения систематических индивидуальных и групповых коррекционных занятий, направленных на формирование базовых коммуникативных функций и диалоговых навыков. В ходе занятий моделируются ситуации, провоцирующие ребенка на выражение просьбы, отказа, согласия, на приветствие, отклик на собственное имя, на комментарий, на вопрос, ответ на вопрос, на привлечение внимания и т.д. Отрабатываются диалоговые навыки – умение инициировать, поддержать разговор на определенную тему различными способами.

в) Потребность в формировании навыков социального взаимодействия.

У большинства детей с РАС отсутствуют навыки социального взаимодействия со взрослыми и другими детьми. Они часто не имитируют действия взрослых и сверстников, не проявляют совместного/разделенного внимания. Даже при легких формах аутизма не формируются навыки перехода ходов, умение делиться чем-либо, взаимодействовать на уроках, в общественных местах, играть в игры с правилами и т.д. Это в значительной мере препятствует социализации и адаптации детей с РАС в школе и за ее пределами. Для включения детей в среду

сверстников необходимо проведение индивидуальных и групповых занятий по формированию навыков социального взаимодействия.

г) Потребность в формировании социально-бытовых навыков и навыков самообслуживания

У большинства детей с РАС отмечается значительная задержка в развитии навыков самообслуживания и жизнеобеспечения. Для них характерна бытовая беспомощность, медлительность, проблемы с посещением туалета, столовой, избирательность в еде, трудности с переодеванием. Данные проблемы преодолеваются в ходе коррекционной работы, направленной на формирование социально-бытовых навыков.

д) Потребность в накоплении и расширении социального опыта

Формирование социально приемлемых форм поведения, коммуникативных и социальных навыков у обучающихся с РАС осуществляется в ходе целенаправленного обучения на основе их социального опыта. Поэтому дети с РАС нуждаются в его накоплении, индивидуально дозированном и постепенном расширении образовательного пространства как в школе, так и за ее пределами. Это осуществляется в ходе проведения уроков и внеурочных мероприятий. Введение ребенка в различные социальные ситуации, контексты позволяет расширить его опыт и способствует его социализации.

е) Потребность в расширении представлений о социальных явлениях, событиях и ситуациях.

Для успешной социализации детей с РАС только лишь накопления опыта недостаточно. Им трудно на основе произошедших событий выделить важную социальную информацию. Эти дети самостоятельно не усваивают правила социального поведения и взаимодействия с другими людьми. Для формирования у них адекватных способов взаимодействия с окружающими необходимо не только накопление опыта, но и его осмысление и коррекционной работы, направленной на расширение представлений ребенка о различных социальных явлениях, нормах и правилах, взаимоотношениях с другими людьми на основе имеющегося опыта.

ж) Потребность в формировании адекватных представлений об эмоциях, способах их выражения и их причинах.

Одной из ключевых проблем, характерных для детей с РАС, является нарушение понимания эмоций, их причин, несформированность адекватных способов выражения эмоций. Непонимание эмоциональных состояний, значения мимики, экспрессивных жестов, приводят к отсутствию «созвучия» эмоций, невозможности делиться эмоциями, сопереживать, устанавливать коммуникацию на основе общих эмоционально значимых событий и т.д. Для преодоления этих нарушений необходима целенаправленная психологическая коррекционная работа, которая будет способствовать осознанию детьми с РАС собственных эмоций и эмоций других людей, адекватному их выражению и, в итоге, социальному развитию.

з) Потребность в формировании целостных, систематизированных представлений о себе и о своем окружении.

У многих аутичных детей с интеллектуальными нарушениями не сформированы представления о себе и своем окружении. В этом случае необходима целенаправленная работа по их формированию. У детей с РАС, имеющих относительно высокий уровень интеллектуального развития, представления о себе и окружающем мире формируются, но часто являются фрагментарными и неполными. В такой ситуации с обучающимися проводится специальная работа по упорядочиванию и систематизации имеющихся представлений, личных воспоминаний и жизненного опыта. В результате у детей формируются более целостные представления о себе и окружающем мире.

и) Потребность в постепенном изменении привычного распорядка и расширении стереотипов, систематизация. Осмысление осуществляется в процессе коррекционной работы. Для людей с РАС характерно выраженное стереотипное поведение, интересы и активность. Стереотипность возникает как защитный механизм в ответ на сенсорную перегрузку ребенка и как следствие недостатка гибкости мышления. В результате при расстройствах аутистического спектра дети стремятся к сохранению существующего порядка в неизменном виде, стереотипным действиям,

основанным на их специфических интересах, и стереотипным способам реагирования на различные ситуации. Непредвиденные изменения в привычном распорядке или деятельности часто вызывают у детей с РАС чрезмерный стресс, который часто выражается в виде дезадаптивного поведения. Поэтому необходима целенаправленная коррекционная работа по постепенному изменению существующих шаблонных способов действий. В итоге у детей появляется гибкость в принятии изменений. Они начинают более спокойно и адекватно реагировать на перемены привычного распорядка.

Таким образом, особые образовательные потребности обучающихся с РАС связаны с их многочисленными специфическими нарушениями. Приведенный структурированный перечень особых потребностей детей с РАС не является исчерпывающим. В нем отражены ключевые позиции, учет которых позволяет повысить эффективность обучения детей с РАС.

Выделенные особые образовательные потребности требуют создания специальных образовательных условий, способствующих освоению обучающимися с РАС адаптированной основной общеобразовательной программы и/или адаптированной образовательной программы, их социализации и адаптации.

Литература

1. Коррекционная педагогика и специальная психология: Словарь: Учеб. пособие / Сост. Н.В. Новоторцева. – СПб.: КАРО. 2006. – 144 с.
2. Лубовский В.И. Особые образовательные потребности / В.И. Лубовский. – URL: <http://psyedu.ru/journal/2013/5/Lubovskiy.phtml> (дата обращения: 25.01.2016)
3. Примерная адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра. – URL: [http://fgos-ovz.herzen.spb.ru/wpcontent/uploads/2015/10/08%D0%9F%D1%80%D0%90%D0%9E%D0%9E%D0%9F%D0%A0%D0%90%D0%A118.10.2015.pdf](http://fgos-ovz.herzen.spb.ru/wpcontent/uploads/2015/10/08%20%D0%9F%D1%80%D0%90%D0%9E%D0%9E%D0%9F%D0%A0%D0%90%D0%A118.10.2015.pdf) (дата обращения: 25.01.2016)

Jobs E.N. Spotting Signs of Autism in 3-Year-Olds: Comparing Information from Parents and Preschool Staff / E.N. Jobs, S. Bolte, T. Falck-Ytter // Journal of autism and developmental disorders. – 2019. – № 49 (3). – P.1232–1241.

Abstract. Preschool informants may provide valuable information about symptoms of autism spectrum disorder (ASD) in young children. We compared the diagnostic accuracy of ratings by preschool staff with those by parents of 3-year-old children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment Preschool Forms. The sample consisted of 32 children at familial risk for ASD without diagnosis, 10 children at risk for ASD with diagnosis, and 14 low-risk typically developing controls.

Preschool staff ratings were more accurate than parent ratings at differentiating children with and without ASD, and more closely associated with clinician-rated symptoms. These results point to the value of information from preschool informants in early detection and diagnostic assessments.

Keywords: autism spectrum, disorder, CBCL, C-TRF, preschool, child development.

Symptoms of autism spectrum disorder (ASD) usually emerge during the second year of life (Lord et al. 2012a; Macari et al. 2018). It is recommended that the assessment of ASD is supported by structured clinical observations with the Autism Observation Schedule-2 (ADOS-2) and by the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R; Lord et al. 2012b; Rutter et al. 2003, 2008; Huerta and Lord 2012; Falkmer et al. 2013). In addition, information from other informants such as preschool staff about child behavior in preschool is potentially valuable (Dereu et al. 2012; Ivanova et al. 2011; Gustafsson et al. 2017). It has been suggested that teachers can evaluate individual children more accurately than parents because they can compare the individual child with a range of peers (Reed and Osborne 2013). Research has shown that although both parents and preschool staff are accurate at differentiating children with ASD from community samples and children with typical development (Larsen et al. 2018; Schanding et al. 2012; Stickley et al. 2017), pre-

school staff are better at discriminating children with ASD and children with other developmental concerns (Aldridge et al. 2012; Stickley et al. 2017). These findings were all based on the Social Responsiveness Scale (SRS; Constantino 2002; Constantino and Gruber 2012). Other work using this scale indicates that compared to parents, teachers' ratings differentiate children more accurately in terms of ADOS classification and show higher correlations with independently assessed symptom severity scores on the ADOS (Lord et al. 1999, 2012b; Gotham et al. 2007; Duvekot et al. 2015; Reszka et al. 2014; Schanding et al. 2012). Available research in this area has mainly focused on children older than 3 years, and little is known about the accuracy of the information provided by preschool informants at younger ages.

To study early development in ASD, longitudinal studies of siblings are becoming increasingly common. Herein, younger children with an older sibling with autism are followed from an early age. About 14–20% of the high-risk children receive an ASD diagnosis, which can be compared to approximately 1–2% in the general population (CDC 2018; Messinger et al. 2013). Even in children of the high-risk group that do not fulfill criteria for ASD, both subclinical autism symptoms and other neurodevelopmental as well as behavioral problems are common (Charman et al. 2017; Kantzer et al. 2018; Ozonoff et al. 2014; Landa et al. 2013; Bussu et al. 2018; Messinger et al. 2013). Including siblings as a comparison group allows investigating whether informants can make distinctions between groups that both may have elevated symptom levels, and have a familial history of ASD. No previous study has used this approach to compare preschool and parent ratings of young children with risk of autism. However, Rescorla et al. (2017) evaluated parent information on autism symptoms at 24 months comparing siblings with ASD, siblings at risk but without ASD and a group of typically developing low risk controls. They found that parents could differentiate the autism group from the other groups.

In the current study, we looked closer at parents' and preschool staff's reporting on categorical and dimensional aspects of ASD in 3-year-olds, an age when autism symptoms are evident in most children affected by ASD

(Zwaigenbaum et al. 2016). Rather than evaluating a questionnaire specifically focusing on autistic behaviors, we evaluated a broadband preschool assessment tool that also includes scales on autism related behaviors. We chose to focus on this measure as it gives clinicians comprehensive information about the child's behavior at home and preschool, desirable in the assessment and differential diagnoses of neurodevelopmental disorders. Moreover, it is an efficient way to gain as much information at a low time cost for the preschool staff and caregivers as possible. One scale that is standardized for both parents and preschool staff is the Child Behavior Checklist 1.5–5 (CBCL 1.5–5) and the Caregiver–Teacher Report Form (C-TRF; Achenbach and Rescorla 2000, 2004), including scales on autism-related behavior as well as other developmental and behavioral concerns. We focused on the syndrome Withdrawn- and DSM-related Pervasive Developmental Problem (PDP) scales. The Withdrawn and the PDP scales on the parent CBCL 1.5–5 have been investigated in relation to ASD. Although clear group mean differences on these scales have been found in children with ASD, both compared to children with other developmental disorders and with typical development, the view upon the clinical utility of these scales varies (Rescorla et al. 2017; Muratori et al. 2011; Limberg et al. 2017; Havdahl et al. 2016; Myers et al. 2014; Narzisi et al. 2013). The C-TRF Withdrawn and the PDP scales have previously not been evaluated for preschool staff.

The purpose of this study was to compare parents' and preschool staff's ratings of autistic symptoms in young children in relation both to diagnostic assessments and to a goldstandard diagnostic instrument (the ADOS-2).

Specifically, the first aim of this study was to investigate if ratings on the CBCL 1.5–5 and C-TRF Withdrawn and PDP scales would discriminate between groups with and without ASD at 36 months. We hypothesized, based on previous findings on the SRS that both parents and preschool staff could differentiate between a low-risk group with typical development, a high-risk group without ASD and a group with ASD. However, we also expected that preschool staff ratings would be more accurate than parent ratings.

Our second aim was to investigate if variance of the ADOS-2 Comparison Scores (CS) could be predicted by scores on the CBCL 1.5–5 and C-TRF Withdrawn and PDP scales. Again, in line with findings on the SRS, we expected that results for both informants on these scales would predict variance in the ADOS-2 CS, but that preschool ratings would have a higher predictive value than parent ratings.

Methods

Participants

The project was approved by the Regional Ethical Board in Stockholm. Participants were part of the longitudinal Early Autism Sweden (EASE; smasyskon.se) sibling project, including siblings with high and low risk for ASD assessed at 36 months.

Out of the 91 children that were assessed at 36 months, 60 children had been rated both by parents and preschool staff. After exclusion of four participants (one control child having ASD; one child not fulfilling initial inclusion criteria, detected in retrospect; one participant having no diagnostic status at the time of analyses and; one participant being an statistical outlier), the final analysis was based on 56 participants.

The sample consisted of 32 (18 girls) participants with high-risk-for-ASD with no diagnosis (HR–noASD); 10 (5 girls) with high-risk-for-ASD with ASD diagnosis (HRASD); and 14 (7 girls) children with low risk for ASD (LR), i.e., typically developing controls. Seven children in the HR no ASD group had signs of ADHD-symptoms (observed by an experienced clinician throughout the day, both during formal assessment and during breaks in interaction with the parent) and one child of expressive and receptive language impairment defined as a T-score ≤ 35 on the Expressive and/or Receptive scale on the Mullen Scales of Early learning (MSEL; Mullen 1995). In the HR-ASD group one child had signs of ADHD, three children of either expressive or receptive language impairment and one of developmental delay (defined as Total composite IQ ≤ 70 on the MSEL). In the LR group there were no signs of other developmental concerns. Participant characteristics are pre-

sented in Table 1, which show that there was no group difference for age. For ADOS-2

Table 1 Sample characteristics

	LR n=14			HR-noASD n=32			HR-ASD n=10			Group comparisons		
	M	SD	Range	M	SD	Range	M	SD	Range	F (df)	p	post hoc Bonferroni
Age, months	36.71	1.11	4.93	36.97	1.09	5.32	37.04	1.14	3.62	0.35 (2, 53)	.705	ns
ADOS-2 CS	2.64	1.34	4	3.22	1.74	7	7.1	1.66	5	25.90 (2, 53)	<.001	HR-ASD > (LR***; HR-noASD***)
MSEL tot	114.9	14.68	68	109.6	14	71	90.00	19.87	72	8.49 (2, 53)	.001	HR-ASD < (LR***; HR-noASD**)
VABScomp	98.07	10.96	40	93.75	7.57	31	82.30	12.25	44	8.59 (2, 53)	.001	HR-ASD < (LR***; HR-noASD**)

LR Low-risk siblings, HR-noASD High-risk sibling with no ASD, HR-ASD High-risk sibling with ASD, ADOS-2 Autism Diagnostic Observation Schedule-2, CS Comparison Score, MSEL tot Mullen Scales of Early Learning total IQ, VABScomp Vineland Adaptive Behavior Scales, composite standard score

** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

CS, the HR-ASD group had higher scores than both HR-no and LR groups and reversely, the total scores on the Vineland ABC and the MSEL were lower in the HR-ASD group than in both other groups. There was no difference between the LR and HR-no ASD groups on any measure.

Procedure

Data collection was conducted between March 2014 and June 2017. All assessments took place during one day in a clinical setting. Diagnosis at 36 months was based on consensus of two experienced clinicians according to DSM-5 criteria (American Psychiatric Association 2013), based on information from the Autism Diagnostic Observation Schedule-2, module 1 or 2 (ADOS-2; Lord et al. 2012b); the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R; Rutter et al. 2003, 2008); the Vineland Adaptive Behavior Scales-2 (VABS-II; Sparrow et al. 2005; McDonald 2014; Mouga 2014) and the MSEL (Mullen 1995). The CBCL 1.5–5 and C-TRF ratings were collected independent of diagnostic decision-making.

The CBCL 1.5–5 was completed at home either just before or after the 36-month visit. Thirty-five CBCLs had been answered by the mother, 9 an-

swered by the father and 12 by both parents. The C-TRF was distributed to preschool through the parents. The preschool informants consisted of 30 preschool teachers (with bachelor degree), 21 preschool care staff (with upper secondary level education), two with other background and in three cases information on informant profession was lacking. The preschool informants had known the child more than 6 months in 46 cases, less than 6 months in eight cases and familiarity was unknown in two cases. The ratings from preschool were sent directly to the research team by regular mail or they were returned via the parents at a scheduled visit in the EASE study. All parent and preschool ratings were completed before the diagnostic evaluation, why the informants were blind to the result of the diagnostic assessment.

Measures

Cognitive Development

The MSEL (Mullen 1995) is a standardized measure of cognitive development from birth to 68 months of age. Scores are obtained from the subscales Fine motor-, Visual reception-, Expressive- and Receptive- language scales presented in T-scores and a total composite standard score as a proxy for IQ.

Adaptive Functioning

The VABS-II (Sparrow et al. 2005) is a semi-structured parent-report questionnaire covering four different domains: Communication, Daily Living Skills, Socialization and Motor Abilities. The scales are evaluated separately or as an overall ABC in standard scores (mean = 100, SD = 15), the latter applied in this study.

Autism Symptoms

The ADOS-2 (Lord et al. 2012b) is a semi-structured standardized assessment of communication, social interaction, play and restricted and repetitive behavior. The result is either presented as an algorithm score or as a CS, the latter enabling comparison between modules. CS were included in this study.

ASEBA Scales

The CBCL 1.5–5 and C-TRF (Achenbach and Rescorla 2000, 2004) consist of 100 questions that are rated 0, 1 or 2 and summed to scores on a To-

tal problem scale, Internalizing and Externalizing scales, seven syndrome scales (Emotional reactivity, Anxious/depressed, Somatic complaints, Withdrawn, Sleep problems, Attention problems and aggressive behavior) or scales in line with DSM-criteria (Affective problems, Anxiety problems, Pervasive developmental problems, Attention deficit/Hyperactivity problems and Oppositional defiant problems). In this study, the developmental problems (PDP) scale of the CBCL 1.5–5 and C-TRF (Achenbach and Rescorla 2000) were used. The PDP scale is identical to the DSM-ASD scale in the recent CBCL 1.5–5–C-TRF version (Achenbach 2014) apart from that the item “afraid of trying new things” that is not included in the DSM-ASD scale. The common and specific items of these subscales are presented in Table 2.

Analyses

Statistics were performed in SPSS 24 (IBM Corp 2016). Percentile confidence intervals 95%, based on 1000 bootstrap samples, were applied in all descriptive and main results. Prior to analysis, one participant was considered as an outlier based on extreme values for Mahalanobis distances (> 11), Cook’s distance (> 1) and standardized DFBeta (> 1) for both the Withdrawn and PDP subscales, and removed from the analyses. Due to the Withdrawn and PDP scales partly including the same items, regression analyses were conducted in pairs (i.e. CBCL 1.5–5 Withdrawn vs. C-TRF Withdrawn; CBCL 1.5–5 PDP vs. C-TRF-PDP) for both linear as well as multi-nominal regression. In the linear regression we focused on the children at high risk for ASD (i.e., the HR-ASD and the HR-noASD groups together), excluding the LR group. We chose to focus on the HR group because it is homogenous in terms of familial history, recruitment type, and is expected to encompass a large variation in traits/symptoms. All analyses of the scales were based on raw scores. Results were reported by 2-tailed significance but given our directional hypothesis, trends were also reported.

Categorical Comparisons (Aim 1)

Comparison between groups on the Withdrawn-and PDP scales were conducted list-wise with one-way ANOVAs, one for each informant and sub-

scale. Results were analysed with Brown Forsyth F^* . Corrections of p -values for multiple comparisons were calculated by the method of False discovery rate (Benjamini and Hochberg 1995). Post hoc results were reported according to Games Howell's test. For the prediction of group, prior to analyses, all predictor variables were tested for linearity of the logit (binary regression with the predictor variables analysed separately with the groups LR vs. HR-noASD; LR vs. HR-ASD; HR-noASD vs. HR-ASD as outcome variables). All interactions had greater values than 05 ($ps > .22$), indicating no violation of this assumption. Multi-nominal logistic regression was conducted with LR, HR-noASD and HR-ASD as categorical outcome variables with HR-ASD as reference category and the two CBCL 1.5–5 and C-TRF scales as predictor variables.

Relations Between ADOS-2 CS and the CBCL 1.5–5/C-TRF
Scales (Aim 2)

Pearson's r bivariate correlations between the ADOS-2 CS and the CBCL 1.5–5 and C-TRF for the HR group (HR-noASD and HR-ASD included) were conducted. Prior to the linear regression, assumptions of normality of residuals and homoscedasticity were inspected and found acceptably fulfilled. Multiple linear forced entry regressions were conducted with the CBCL 1.5–5 and C-TRF scores for the Withdrawn and PDP scales as predictors and the ADOS-2 CS as outcome variable.

Results
Categorical Comparisons (Aim 1)

For group differences, the separate ANOVAs in Table 3 show that pre-school ratings on both the Withdrawn and PDP scales discriminated between the HR-ASD and the

Table 2 Items within the CBCL 1.5–5/C-TRF subscales Withdrawn and PDP (Achenbach and Rescorla 2000)

CBCL – C-TRF Withdrawn	CBCL – C-TRF Pervasive developmental problems (PDP)
------------------------	--

Avoids looking others in the eye Doesn't answer when people talk to him/her Seems unresponsive to affection Shows little affection toward people Withdrawn, doesn't get involved with others Acts young for age Refuses to play active games Shows little interest in things around him/her CBCL Constipated /C-TRF Apathetic CBCL Diarrhea/C-TRF Daydreams ^a	Avoids looking others in the eye Doesn't answer when people talk to him/her Seems unresponsive to affection Shows little affection toward people Withdrawn, doesn't get involved with others Doesn't get along with other children Speech problem Afraid to try new things Can't stand things out of place Disturbed by any change in routine Rocks head or body Strange behavior Upset by new people or situations
---	---

Bold = Same questions on both scales; Italics = Questions on RRBs, PDP scale a Different questions depending on informant

Table 3 Group comparison on the Withdrawn and PDP subscales

	LR n=14			HR-noASD n=32			HR-ASD n=10			Group comparisons		
	M	SD	Range	M	SD	Range	M	SD	Range	F* (df)	Corr <i>p</i>	Post hoc Games-Howell
C-TRFW	0.29	0.73	2	1.03	1.96	9	3.70	2.54	8	10.12 (2, 17)	.002	HR-ASD > (LR**; HR-noASD*)
CBCLW	0.57	0.85	2	1.47	2.06	8	2.30	2.21	7	2.79 (2, 21)	.084 [†]	<i>ns</i>
C-TRFPDP	0.86	1.23	4	1.78	2.42	10	6.20	4.10	11	10.86 (2, 14)	.002	HR-ASD > (LR**; HR-noASD*)
CBCLPDP	0.86	0.95	3	2.59	3.19	15	6.20	6.27	20	4.55 (2, 12)	.045	LR < (HR-ASD [†] ; HRnoASD*)

LR Low-risk siblings, HR-noASD High-risk sibling with no ASD, HR-ASD High-risk sibling with ASD, C-TRFW Caregiver-Teacher Report Form Withdrawn scale, C-TRFPDP Caregiver-Teacher Report Form Pervasive Developmental Problems, CBCLW Child Behavior Checklist Withdrawn scale, CBCLPDP Child Behavior Checklist Pervasive Developmental Problems, Corr corrected, F* Brown Forsythe's F [†] $p \leq .1$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

LR as well as the HR-no ASD groups, with higher mean scores for the HR-ASD group. No difference was found between the HR-noASD and LR groups. For parents, a trend was found for the Withdrawn scale, indicating higher scores for the HR-ASD group than the LR group ($p = .091$) and non-significant results for other comparisons ($ps.104-.557$). For the parent PDP scale, the LR group had lower mean scores than the two other groups, however only as a trend for the HR-ASD vs. LR group ($p = .059$). There was no difference between the HR-ASD and HRnoASD groups.

In the analyses to follow, we analysed how well the Withdrawn and PDP scales predicted group category by conducting two logistic regression analyses, one for each scale. Ratings by parents and preschool staff were entered in the model as predictors. As can be seen in Table 4, a substantial part of the variance in diagnostic status was explained by the CBCL 1.5–5 and TRF ratings (R^2 range 28–35). Further, the preschool ratings contributed uniquely to discriminating between the two HR groups for both scales tested (Withdrawn and PDP–scales). For the parent CBCL 1.5–5 result, the PDP scale differentiated between the HR-ASD and the LR groups but not the HR-ASD and the HR-no ASD groups ($p = .330$). The parent Withdrawn scale made no significant contribution to the model ($ps = 117-656$).

Table 4 Multinomial logistic regression

C-TRF/CBCL withdrawn ^a		95% CI for odds ratio		
Group	<i>b</i> (SE)	Lower	Odds ratio	Upper
LR vs. HR-ASD				
Intercept	2.06 (0.72)**			
C-TRF W	−0.98 (0.46)*	0.15	0.38	0.94
CBCL W	−0.45 (0.34)	0.33	0.64	1.24
HR-noASD vs. HR-ASD				
Intercept	2.26 (0.65)**			
C-TRF W	−0.44 (0.17)**	0.46	0.65	0.91
CBCL W	−0.09 (0.19)	0.62	0.91	1.33
C-TRF/CBCL pervasive developmental problems ^b		95% CI for odds ratio		
Group	<i>b</i> (SE)	Lower	Odds ratio	Upper
LR vs. HR-ASD				
Intercept	2.92 (0.87)*			
C-TRF PDP	−0.55 (0.24)*	0.36	0.58	0.93
CBCL PDP	−0.57 (0.29)*	0.32	0.56	1.00
HR-noASD vs. HR-ASD				
Intercept	2.83 (0.76)**			
C-TRF PDP	−0.35 (0.13)**	0.54	0.70	0.91
CBCL PDP	−0.09 (0.10)	0.75	0.91	1.11

LR $n = 14$; HR-noASD $n = 32$; HR-ASD $n = 10$

LR Low-risk siblings, HR-noASD High-risk sibling with no ASD, HR-ASD High-risk sibling with ASD, C-TRFW Caregiver-Teacher Report

Form Withdrawn scale, C-TRFPDP Caregiver-Teacher Report Form. Pervasive Developmental Problems, CBCLW Child Behavior Checklist Withdrawn scale, CBCLPDP Child Behavior Checklist Pervasive Developmental Problems, CI Confidence Intervals, * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

a $R^2 = .28$ (Cox & Snell), $.32$ (Nagelkerke). Model $X^2(4) = 18.24$, $p = .001$

b $R^2 = .35$ (Cox & Snell), $.41$ (Nagelkerke). Model $X^2(4) = 24.28$, $p < .001$

Continuous Relations in the HR Sample (Aim 2)

Table 5 presents zero-order correlations between the ADOS-2 CS and the CBCL 1.5–5/C-TRF scales for the HR group. The ADOS-2 CS were positively correlated with the preschool PDP ratings. The Withdrawn ratings showed a trend in the same direction as the PDP ratings, but did not reach statistical significance. The two parent CBCL 1.5–5 scales showed no significant correlations with the ADOS-2 CS. Next, we conducted two linear regressions with CBCL 1.5–5 /C-TRF data from the two informants as predictor variables and the ADOS-2 CS as outcome variable. We did this separately for the PDP and the Withdrawn scales. Together, preschool C-TRF and parent CBCL 1.5–5 Withdrawn scores explained variance in the ADOS-2 CS, but only at trend level ($R^2 = .13$, Adj $R^2 = .08$, $F(2,39) = 2.80$, $p = .073$), no scale showing a significant unique contribution to the model (preschool Withdrawn: $p = .193$, 95% CI $-.048$ – $.935$; parent Withdrawn: $p = .711$, 95% CI $-.266$ – $.576$). In contrast, the model with the predictor variables preschool C-TRF PDP and parent CBCL 1.5–5 PDP was statistically significant ($R^2 = .24$, Adj $R^2 = .20$, $F(2,39) = 6.14$, $p = .005$) and the C-TRF PDP scale made a significant unique contribution to the model ($\beta = 0.48$, $p = .031$) explaining 19.3% of the variance in ADOS-2 CS whereas the CBCL 1.5–5 PDP scores made no significant contribution ($\beta = 0.01$, $p = .94$).

Discussion

In this study, we investigated how ratings on the parent CBCL 1.5–5 and C-TRF Withdrawn and PDP scales are associated with autism symptoms by comparing high-risk children with and without diagnosis as well as low-risk children with typical development. We also investigated the relation between the CBCL 1.5–5 and C-TRF scales and severity measures of autistic symptoms (ADOS-2 CS) in the whole HR sample. Our results suggest that compared to parents, information from preschool staff more accurately discriminate between high-risk groups with and without autism and controls, and more accurately track autism symptoms in very young children.

Our results are in line with studies on the SRS in older children which found that teachers rated autism symptoms more accurately than parents, both regarding group differences and correlations with ADOS-2 CS (Constantino 2002; Constantino and Gruber 2012; Aldridge et al. 2012; Reszka et al. 2014; Duvekot et al. 2015). Our study shows that this advantage also applies for children as young as 3 years. This advantage may not be surprising, as teachers and care staff in preschool meet such a large range of children (Reed and Osborne 2013), enabling comparing children's behavior in a more normative way than parents. Also, many of the behaviors that define ASD are linked to social interactions with peers which may be more easily assessed in preschool. Thus, the preschool staff could report more accurately simply because they experience more of the phenomena in question.

The results for the C-TRF PDP scale were significant both for the categorical and dimensional analysis (aim 1 and aim 2). The correlations between the C-TRF Withdrawn scale and the ADOS CS, while in the same direction as for the PDP scale, did not reach statistical significance. This could suggest that the ASD specific items found in the PDP scale (mainly of restricted and repetitive behaviors), not the common items represented in both scales (Table 2), contribute stronger to the accuracy of the C-TRF ratings in relation to autism symptoms (ADOS-2 CS).

Contrary to preschool ratings, for parent ratings no correlations were significant for the CBCL1.5–5 Withdrawn and PDP scales in relation to au-

tism symptoms. Moreover, whereas preschool informants could differentiate between the HR-ASD group and the two groups with no ASD (HR no ASD and LR groups) on the Withdrawn and PDP scales, parents could only differentiate between the HR (HR-ASD and HR-no ASD groups) and the LR group for the PDP scale. A similar but weaker pattern was also found for the

Table 5 Correlations (Pearsons's *r*) between ADOS-2 CS and the CBCL-C-TRF scores

	C-TRF pre-school W	C-TRF pre-school PDP	CBCL parent W	CBCL parent PDP
ADOS-2 CS <i>r</i>	.349	.489***	.141	.216
CI 95%	.027–.680	.154–.754	.148 to .481	.094 to .493

High risk sample *n* = 42

ADOS-2 CS Autism Observation Schedule Comparison Score, C-TRF Caregiver-Teacher Report Form, CBCL Child Behavior Checklist, W Withdrawn scale, PDP Pervasive Developmental Problems scale

† $p \leq .1$; *** $p \leq .001$

1.5–5 Withdrawn scale. Taken together, this suggests that while parents are able to discriminate between groups that differ substantially in terms of symptoms, they are less able to detect (or report) more subtle differences between affected and unaffected HR siblings. Apart from having less opportunity to compare different children's behavior than preschool staff (and perhaps also seeing less relevant behaviors, as noted above), an additional reason for the parent disadvantage in the current study might be that the high risk group is special in the sense that all families have at least one older child with ASD taking part in a sibling study. It is possible that this experience biases the parents' ratings of the younger child in ways that do not contribute to accurate reporting of symptoms. The older children may be very heterogeneous in their behavior which leads to a reference bias in the rating of the younger sibling. We are not aware of any study that has

compared the accuracy of parent report for parents with and without older children with ASD. It should be noted however, that in the study by Rescorla et al. (2017) on 24-months-old HR siblings (of similar sample size) it was found that parents with an older child with ASD were indeed able to discriminate between the ASD group and the groups with no ASD (HR with no ASD and LR) for both the Withdrawn and PDP scales. The difference in results between our study and the study by Rescorla et al. may be due to cultural differences or age differences, the latter possibly reflecting the emergence of more symptomatology in the high-risk group from 2 to 3 years (Landa et al. 2013; Ozonoff et al. 2015), making differentiation at 3 years harder for parents in the HR group than at 2 years.

Limitations and Future Directions

One limitation of this study is the small sample size. Yet, we would like to emphasize that this cannot explain why we found that the preschool informants were significantly better than the parents, i.e., showing the expected direction of differences. Also, as previously noted the high risk group is special in the sense that all families have at least one older child with ASD and are taking part in a sibling project. It is possible that this experience may bias the parents' ratings of the younger child. Another limitation is that the former 13-item PDP scale (Achenbach and Rescorla 2000) was used in this study, comprising the item "afraid to try new things". This particular item has been removed in the current renamed DSM-ASD scale (Achenbach 2014). However, as the rest of the 12 items are identical, a change in the main results due to the inclusion of this particular item would be unlikely.

Further studies are needed to evaluate how the current results generalize to other countries and contexts (Rescorla et al. 2012). In this study, the preschool staff comprised preschool teachers with a bachelor degree and care staff with upper secondary level qualifications. Many countries within the European Union have equivalent or even higher qualifications than in Sweden and this suggest that evaluation can be done equally well in these countries and that our results can be generalized to these countries.

However, the results may not generalize to other countries that do not have staff with equivalent education. Moreover, in Sweden 93% of the 3-year-olds attend preschool and this could possibly have an impact on the current results. Nevertheless, many countries within the OECD have high attendance to preschool for children 3 to 4 years old (mean 80%) and 82% of all 3-year-olds within the European Union attend preschool which makes comparisons reliable. However, in the United States the attendance to pre-primary school for 3-year-olds is 42% which could make comparisons less reliable. Of note though, the association between ratings on the PDP-scale and the ADOS for preschool staff in the current study is very similar to associations found on the SRS in research on teachers within the United States (Reszka et al. 2014; Azad et al. 2016; Schanding et al. 2012), speaking for compatible results.

Furthermore, it has been found that a subset of children in the HR-noASD group have deviant developmental behaviors and symptoms, while the rest have no symptoms despite being at familial risk (Messinger et al. 2013; Charman et al. 2017). Thus, in future studies to further assess the informants' ability to discriminate between subgroups, groups could be split into four categories rather than the current three. Lastly, it would be of interest to investigate ratings by preschool staff on more specific autism measures such as the SRS-2 (Constantino and Gruber 2012) and the Repetitive Behavior Scale-Revised (Bodfish et al. 2000) in order to investigate if these comprehensive measures adds to the differentiation between groups in relation to the C-TRF PDP scale. This would also enable to study if both social and repetitive aspects are spotted at a clinical and subclinical level by preschool informants.

Clinical Implications

Our result shows that compared to parents, preschool staff can better discriminate between groups, and they rate autistic behaviors more in accordance with expert observations (ADOS CS). Even if limitations with generalizing results need to be stressed, this points to the potential value of including information from preschool staff in early ASD assessment. Still, it is important

to emphasize that ratings on C-TRF 1.5–5 may result in misclassification. For example, in our study, two out of 10 children with ASD had a score of zero on the preschool PDP scale, indicating limited sensitivity. More research is needed to clarify the reasons for preschool staff sometimes not identifying autism symptoms, whether it is related to the subtlety of symptoms or a matter of lack of knowledge and training or both (Lengh et al. 2017; Engstrand and Roll-Pettersson 2014).

Conclusion

We find that compared to parent ratings, ratings by preschool staff more accurately differentiate children with ASD from LR children and HR children without a diagnosis. Moreover, preschool staff rate ASD symptoms more in line with clinical observation. Parents can differentiate those who clearly have no autistic symptoms from those who have, but report less fine-grained distinctions between groups. Our results suggest that preschool staff are good at spotting clinical autism behavior in young children, and may contribute in important ways to the evaluation of ASD.

Acknowledgements. The authors sincerely thank the families, preschool teachers and care staff who participated in this study. The authors thank the members of the Uppsala Child and Babylab for valuable comments on an earlier version of this manuscript.

Authors' Contributions. ENJ conceived of and designed the study, collected the data, performed the statistical analysis, had the major part in the interpretation of data and drafted the manuscript. TFY participated in the design of the study, interpretation of the data and helped to draft the manuscript. SB contributed to major revisions of the draft. All authors revised the manuscript critically and approved the final version.

Funding. This research was supported by the Swedish Research Council (2015–03670) and the Swedish Foundation for Humanities and Social Sciences (Riksbankens Jubileumsfond; NHS14–1802:1).

Compliance with Ethical Standards

Conflict of interest. Elisabeth Nilsson Jobs, Terje Falck-Ytter and Sven Bulte declare no conflict of interest related to this article. Sven Bulte

discloses that he has in the last 5 years acted as an author, consultant or lecturer for Shire, Medice, Roche, Eli Lilly, Prima Psychiatry, GLGroup, System Analytic, Kompetento, Expo Medica, and Prophase. He receives royalties for text books and diagnostic tools from Huber/ Hogrefe, Kohlhammer and UTB.

Ethical Approval. All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed Consent was obtained from all individual participants included in the study.

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

References

1. Achenbach T.M. (2014). DSM-Oriented Guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, & Families, University of Vermont.
2. Achenbach T.M., & Rescorla L.A. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
3. Achenbach T.M., & Rescorla L.A. (2004). The achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years. In M.E. Maruish & M.E. Maruish (Eds.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Volume 2: Instruments for children and adolescents* (3rd ed), pp. 179–213). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

4. Aldridge F.J., Gibbs V.M., Schmidhofer K., Williams M. (2012). Investigating the clinical usefulness of the social responsiveness scale (SRS) in a tertiary level, autism spectrum disorder specific assessment clinic. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 42(2), 294–300. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1242-9>.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
6. Azad G.F., Reisinger E., Xie M., & Mandell D.S. (2016). Parent and teacher concordance on the Social Responsiveness Scale for children with autism. *School Mental Health*, 8(3), 368–376. <https://doi.org/10.1007/s12310-015-9168-6>.
7. Benjamini Y., & Hochberg Y. (1995). Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B. Methodological*, 57(1), 289.
8. Bodfish J., Symons F., Parker D., & Lewis M. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism: Comparisons to mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 237–243.
9. Bussu G., Jones E.J.H., Charman T., Johnson M.H., Buitelaar J.K. (2018). Prediction of autism at 3 years from behavioural and developmental measures in high-risk infants: A longitudinal crossdomain classifier analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3509-x>.
10. CDC (2018). Identified prevalence of autism spectrum disorder. Centers for disease control and prevention. <https://www.autismspeaks.org/what-autism/prevalence>. Accessed 26 Apr 2018.
11. Charman T., Young G.S., Brian J., Carter A., Carver L.J., Chawarska, K., et al. (2017). Non-asd outcomes at 36 months in siblings at familial risk for autism spectrum disorder (ASD): A Baby Siblings Research Consortium (BSRC) study. *Autism Research*, 10(1), 169–178. <https://doi.org/10.1002/aur.1669>.

12. Constantino J.N. (2002). *The Social Responsiveness Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
13. Constantino J.N., & Gruber C.P. (2012). *Social Responsiveness Scale-Second Edition (SRS-2)*. Torrance, C.A: Western Psychological Services.
14. Dereu M., Raymaekers R., Warreyn P., Schietecatte I., Meirsschaut M., & Roeyers, H. (2012). Can child care workers contribute to the early detection of autism spectrum disorders? A comparison between screening instruments with child care workers versus parents as informants. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 42(5), 781–796. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1307-9>.
15. Duvekot J., van der Ende J., Verhulst F.C., & Greaves-Lord K. (2015). The screening accuracy of the parent and teacher-reported Social Responsiveness Scale (SRS): Comparison with the 3Di and ADOS. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45 (6), 1658–1672.
16. Engstrand R.Z., & Roll-Pettersson L. (2014). Inclusion of preschool children with autism in Sweden: Attitudes and perceived efficacy of preschool teachers. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 14(3), 170–179. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2012.01252.x>.
17. Falkmer T., Anderson K., Falkmer M., & Horlin C. (2013). Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(6), 329–340. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0375-0>.
18. Gotham K., Risi S., Pickles A., & Lord C. (2007). The Autism Diagnostic Observation Schedule: Revised algorithms for improved diagnostic validity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(4), 613–627. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0280-1>.
19. Gustafsson B.M., Proczkowska-Bjurklund M., Gustafsson P.A. (2017). Emotional and behavioural problems in Swedish preschool children rated by preschool teachers with the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *BMC Pediatrics*, 17, 110. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0864-2>.

20. Havdahl K.A., von Tetzchner S., Huerta M., Lord C., Bishop S.L. (2016). Utility of the child behavior checklist as a screener for autism spectrum disorder. *Autism Research*, 9 (1), 33–42. <https://doi.org/10.1002/aur.1515>.
21. Huerta M., & Lord C. (2012). Diagnostic evaluation of autism spectrum disorders. *Pediatric Clinics of North America*, 59 (1), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.10.018>.
22. IBM Corp. (2016). IBM SPSS statistics for windows, version 24.0. Armonk: IBM Corp.
23. Ivanova M.Y., Achenbach T.M., Rescorla L.A., Bilenberg N., Bjarnadottir G., Denner S., et al. (2011). Syndromes of preschool psychopathology reported by teachers and caregivers in 14 societies using the Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF). *Journal of Early Childhood and Infant Psychology*, 7, 87–103.
24. Kantzer A.K., Fernell E., Westerlund J., Hagberg B., Gillberg C., Miniscalco C. (2018). Young children who screen positive for autism: Stability, change and ‘comorbidity’ over two years. *Research in Developmental Disabilities*, 72, 297–307. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.10.004>.
25. Landa R.J., Gross A.L., Stuart E.A., & Faherty A. (2013). Developmental trajectories in children with and without autism spectrum disorders: The first 3 years. *Child Development*, 84(2), 429–442. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01870>.
26. Lengh U., Hammar M., Klintwall L., & Bulte S. (2017). Allegiance and knowledge levels of professionals working with early intensive behavioural intervention in autism. *Early Intervention In Psychiatry*, 11(5), 444–450. <https://doi.org/10.1111/eip.12335>.
27. Larsen K., Aasland A., & Diseth T.H. (2018). Brief report: Agreement between parents and day care professionals on early symptoms associated with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48 (4), 1063–1068. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3355-2>.

28. Limberg K., Gruber K., & Noterdaeme M. (2017). The German version of the Child Behavior Checklist 1.5–5 to identify children with a risk of autism spectrum disorder. *Autism*, 21(3), 368–374. <https://doi.org/10.1177/1362361316645932>.
29. Lord C., Lyuster R., Guthrie W., & Pickles A. (2012a). Patterns of developmental trajectories in toddlers with autism spectrum disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 477–489.
30. Lord C., Rutter M., DiLavore P.C., & Risi S. (1999). *Autism diagnostic observation schedule-WPS (WPS Edition)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
31. Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012b). *Autism diagnostic observation schedule, second edition (ADOS-2)*. Torrance: Western Psychological Services.
32. Macari, S.L., Wu, G.C., Powell, K.K., Fontenelle, S.I.V., Macris, D.M., & Chawarska, K. (2018). Do parents and clinicians agree on ratings of autism-related behaviors at 12 months of age? A study of infants at high and low risk for ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(4), 1069–1080. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3410-z>.
33. McDonald, C. A. (2014). VABS-II ratings and predictors of adaptive behavior in children with HFASD. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 27(2), 235–247.
34. Messinger, D., Young, G.S., Ozonoff, S., Dobkins, K., Carter, A., Zwaigenbaum, L., et al. (2013). Beyond autism: A baby siblings research consortium study of high-risk children at three years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(3), 300–308. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.011>.
35. Mouga, S. (2014). Adaptive profiles in autism and other neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1001–1012.
36. Mullen, E. M. (1995). *Mullen scales of early learning*. Circle Pines: American Guidance Service.

37. Muratori, F., Narzisi, A., Tancredi, R., Cosenza, A., Calugi, S., Saviozzi, I., et al. (2011). The CBCL 1.5–5 and the identification of pre-schoolers with autism in Italy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(4), 329–338. <https://doi.org/10.1017/S204579601100045X>.
38. Myers, C.L., Gross, A.D., & McReynolds, B.M. (2014). Broad-band behavior rating scales as screeners for autism? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(6), 1403–1413. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2004-7>.
39. Narzisi, A., Calderoni, S., Maestro, S., Calugi, S., Mottes, E., & Muratori, F. (2013). Child Behavior Check List 1S–5 as a tool to identify toddlers with Autism Spectrum Disorders: A case-control study. *Research in Developmental Disabilities*, 34 (4), 1179–1189. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.12.020>.
40. Ozonoff, S., Young, G.S., Belding, A., Hill, M., Hill, A., Huttman, T., et al. (2014). The broader autism phenotype in infancy: When does it emerge? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(4), 398–407. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.12.020>.
41. Ozonoff, S., Young, G.S., Landa, R.J., Brian, J., Bryson, S., Charman, T., et al. (2015). Diagnostic stability in young children at risk for autism spectrum disorder: A baby siblings research consortium study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(9), 988–998. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12421>.
42. Reed, P., & Osborne, L.A. (2013). The role of parenting stress in discrepancies between parent and teacher ratings of behavior problems in young children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 471–477.
43. Rescorla, L.A., Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Denner, S., et al. (2012). Behavioral/emotional problems of preschoolers: Caregiver/Teacher Reports from 15 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 20(2), 68–81. <https://doi.org/10.1177/1063426611434158>.

44. Rescorla, L.A., Winder-Patel, B.M., Paterson, S.J., Pandey, J., Wolff, J.J., Schultz, R.T., et al. (2017). Autism spectrum disorder screening with the CBCL/1S-5: Findings for young children at high risk for autism spectrum disorder. *Autism: The International Journal Of Research And Practice*. <https://doi.org/10.1177/1362361317718482>.
45. Reszka, S.S., Boyd, B.A., McBee, M., Hume, K.A., Odom, S.L. (2014). Brief report: Concurrent validity of autism symptom severity measures. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(2), 466–470. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1879-7>.
46. Rutter, M., LeCouteur, A., & Lord, C. (2003, 2008). *Autism diagnostic interview-revised*. Los Angeles: Western Psychological Services.
47. Schanding, G.T. Jr., Nowell, K.P., & Goin-Kochel, R.P. (2012). Utility of the social communication questionnaire—current and social responsiveness scale as teacher-report screening tools for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(8), 1705–1716. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-412-9>.
48. Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., & Balla, D.A. (2005). *Vineland adaptive behavior scales* (2nd ed). Circle Pines: American Guidance Service.
49. Stickley, A., Tachibana, Y., Hashimoto, K., Haraguchi, H., Miyake, A., Morokuma, S., et al. (2017). Assessment of Autistic Traits in Children Aged 2 to 4S Years with the Preschool Version of the Social Responsiveness Scale (SRS-P): Findings from Japan. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 10(5), 852–865. <https://doi.org/10.1002/aur.1742>.
50. Zwaigenbaum, L., Bryson, S.E., Brian, J., Smith, I.M., Roberts, W., Szatmari, P., et al. (2016). Stability of diagnostic assessment for autism spectrum disorder between 18 and 36 months in a highrisk cohort. *Autism Research: Official Journal of The International Society for Autism Research*, 9(7), 790–800. <https://doi.org/10.1002/aur.1585>.

Компетентностно-ориентированные задания по теме «Особые образовательные потребности лиц с аутизмом»

1. Подготовьте аннотации современных статей по данной теме.
2. Дайте определение понятия «особые образовательные потребности».
3. Раскройте специфику особых образовательных потребностей лиц с аутизмом.
4. На основе проведенного сопоставительного анализа отечественных и зарубежных современных исследований подготовьте реферат на тему «Особые образовательные потребности лиц с аутизмом».
5. Охарактеризуйте современные методики оценки базовых речевых и учебных навыков у детей с аутизмом. Перечислите методы обследования и оценки полученных результатов.
6. Заполните таблицу: «Методические подходы оценки базовых речевых и учебных навыков у детей с аутизмом»

Название методики	Оцениваемые навыки	Методы и приемы	Система оценки	+/- методики

Раздел 2. Современные подходы/стратегии внедрения вариативных моделей образования лиц с РАС

Глинчева, И.А. Опыт применения стратегий Денверской модели раннего вмешательства в логопедической работе с детьми с РАС / И.А. Глинчева // Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра. Сборник материалов II Всероссийской научно-практической конференции. / Под общ. ред. А.В. Хаустова. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ. – 2017. – С. 88–91.

Аннотация. Описаны способы оказания логопедической помощи детям с РАС с использованием Денверской модели раннего вмешательства, элементы которой автор статьи применяет в Областном реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями Саратовской области.

Ключевые слова: аутизм, Денверская модель раннего вмешательства.

Существует ряд методов и подходов, которые помогают справиться со сложностями в развитии у ребенка с аутизмом. Более того, данные подходы позволяют быть компетентными не только специалистам, но и родителям. Это значит, что, осваивая поведенческие подходы и методики, родители могут эффективно обучать своих детей новым навыкам, а главное применять их в жизни.

К широко зарекомендовавшим себя программам относится Денверская модель раннего вмешательства, специально адаптированная для родителей особых детей. Её эффективность подтверждена многолетними исследованиями, а основу составляют стратегии, которые трансформируют практически любые повседневные дела, процедуры и режимные моменты в эффективные техники игрового взаимодействия, общения и обучения. С точки зрения оказания помощи в раннем возрасте и неговорящим детям с РАС, а также включения родителей в коррекционный

процесс как активных участников, Денверская модель раннего вмешательства вызывает наибольший интерес.

Это методика, в которой предложен набор простых в использовании стратегий, которые родители и педагоги могут применять во время повседневных занятий с детьми, чтобы помочь им взаимодействовать с окружающим миром, общаться и учиться. Основная идея заключается в том, что помощь детям предполагает их активное участие в обучении и общении. Вмешательство основано на обучении детей важным социальным навыкам (таким как подражание, концентрация внимания, использование жестов, общение с помощью голоса и языка тела), а также на обучении совместной игре (как с использованием игрушек, так и без них). Стратегии данной методики осваиваются и закрепляются поэтапно, они являются фундаментом для развития речи маленьких детей. Так же как дети должны научиться сидеть и вставать, прежде чем они научатся ходить, они должны обращать внимание на родителей, подражать издаваемым ими звукам, общаться с помощью жестов и переключать внимание с объекта и обратно, — только после этого они могут понять значение речи и научиться её использовать.

Речь — основной способ самовыражения и взаимодействия с другими людьми. Говорение включает в себя два навыка: использование слов, чтобы передать свои желания, чувства и мысли, — этот навык называется активной речью; и понимание того, что говорят другие, — это навык пассивной речи. Большинство детей с аутизмом могут научиться использовать речь, если они получают достаточную поддержку.

При оказании реабилитационной помощи детям РАС для формирования активной речи применяются следующие шаги:

Формировать словарь звуков ребенка. Первая задача для ребенка — издавать множество простых гласных звуков, так как гласные звуки, такие как «а», «и», «о», даются детям легче, чем сочетания согласных и гласных звуков «ба», «на», «та». На звуки, произносимые ребенком, необходимо реагировать, как на слова, отвечать ему, имитируя его звуки, или говорить что-то похожее на то, что сказал ребенок. Если ребенок

произносит звуки, когда чем-то занят, необходимо расположиться так, чтобы привлечь его внимание, и повторить звуки, которые произносит ребенок, затем сделать паузу. Впоследствии ребенок будет обмениваться звуками со взрослым, как бы поддерживая разговор. Нужно отследить, сколько времени он может поддерживать «разговор», контролируя свой голос, используя его по своему желанию, осознавая очередность со взрослым.

Играть в вокальные игры со звуками, которые ребенок умеет произносить. Необходимо находиться лицом к лицу с ребенком, чувствуя его внимание, и произносить знакомые ему звуки, нужно, чтобы ребенок ответил, как бы поддерживая разговор. Для начала «разговора» используются разные звуки. Когда ребенок может поддерживать взаимодействие, после того как он начинает «разговор», а также когда может «ответить» взрослому разными звуками в ситуации, когда «разговор» начинает взрослый – это означает огромный шаг в речевом развитии. Игрушечные микрофоны, которые воспроизводят и издают звуки, могут подтолкнуть «молчунов» поэкспериментировать со своим голосом. Взрослый озвучивает продолжительный гласный в микрофон, когда ребенок смотрит на взрослого, и предлагает ребенку повторить. Через некоторое время ребенок откликнется и повторит пропетый звук взрослого. Еще одна техника, которую можно использовать с ребенком, – расширение репертуара звуков, которые воспроизводит взрослый, используя звуки неречевые, песни, ритмичные стихи. Звуки животных, механизмов и другие виды звуковых эффектов, используемые в процессе игры, – важные шаги к развитию речи, даже если это неречевые звуки.

Во взаимодействие с ребенком необходимо добавить звуковые эффекты, например, произнести с выражением «Дзынннь», когда подносите телефон к уху; можно издавать звук мотора, когда играете с поездами, машинками и самолетиками, а также когда занимаетесь с книжками и паззлами, посвященными теме транспорта. Можно издавать звуки животных за игрушечных, а также когда рассматриваете изображения животных в книгах и на паззлах; издавать смешанные звуки: щелкать языком, с шумом выдувая воздух. А также необходимо увеличить количе-

ство ситуаций, в которых ребенок слышит слова. Занятия такого рода включают использование слов в игровой форме – в составе песен, ритмичных напевов или игровых ситуаций. Чаще всего применяются игры-потешки, которые сочетают слова, жесты и движения, такие как «Ку-ку», «Сорока-ворона», «Ладушки», «Ехали с орехами», «Идет коза рогатая», «Каравай-каравай», игры с пузырями, а также подвижные игры вроде игр с мячом, прыжков, качания и катания с горки, которые включают в себя различные команды. Создание правильной речевой среды (проговаривание должно способствовать речевому развитию ребёнка, речь должна быть простой).

Основная часть этого условия ложится на плечи родителей: родители постоянно говорят с ребенком о том, что он делает, видит или испытывает, когда они называют его действия и предметы, которые привлекают его внимание. Для ребенка, который пока не говорит, произносить необходимо очень короткие предложения – по существу. Речь нужно ограничить простыми и короткими фразами, чтобы тем самым выделить ключевые слова – существительные и глаголы, описывающие действия ребенка. Словарный запас должен быть простым: это слова для предметов и действий, с которыми он постоянно сталкивается. Добавление звуков к жестам. На первом этапе нужно выбрать жест и слово, похожее на звук, который ребенок часто использует, и продемонстрировать их вместе. В речь добавляются звуки и простые слова, чтобы они сопровождали все жесты ребенка. Если ребенок, жестикулируя, произносит звуки, то необходимо добавить приближенные образы слов – существительных или глаголов – к этим простым звукам. Но важно научить ребенка не только говорить, но и понимать речь. Хорошо, когда пассивный словарь развивается вместе с активной речью, но если этого не происходит, необходимо предпринять ряд шагов:

В процессе занятия необходимо дожидаться реакции на слова. Давать мягкие и простые, но частые просьбы или инструкции и требовать их выполнения – обязательная обучающая стратегия для развития понимания ребенком слов, а также для привлечения его внимания и развития умения реагировать на речь взрослого. Следует определить, что является естественным подкреплением понимания речи. Это очень важный

шаг – выбрать правильное подкрепление, то есть вознаграждение за сотрудничество. Необходимо давать как можно меньше инструкций и следить за их выполнением. Необходимо учить ребенка понимать новые слова и инструкции, многократно их повторяя. На данном этапе коррекционной работы следует также указать, что основная работа ложится именно на плечи родителей, так как именно они могут предоставить своему ребенку максимум возможностей для развития речи, независимо от интенсивности профессионального вмешательства. В процессе реабилитации специалистами проводятся не только коррекционная работа, но и консультативная работа с родителями, которая позволяет направлять и поддерживать на каждом этапе запуска речи. Упрощение речи, создание очень большого количества возможностей для общения в течение дня, использование во время общения и игр слов и звуковых эффектов, звуков животных и песен – все это фундаментальные техники для формирования коммуникативных навыков ребенка.

Литература

1. Роджерс С. Дж. Висмара Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом / С. Дж. Роджерс, Д. Доусон, Л.А. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016. – 416 с.

Гомозова Е.С. Базовые принципы методики Floortime / Е.С. Гомозова // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т.15. – № 4. – С. 35–41

Аннотация. Представлено краткое описание концепции DIR и ее ключевой методике Floortime – системы помощи детям с расстройствами аутистического спектра, в которой важнейшая роль отводится родителям. Приведены цели, задачи и основные правила взаимодействия в стиле Floortime, а также возможные ограничения в применении метода в работе специалистов и родителей при реализации домашней программы. Метод апробирован и активно используется специалистами организации дошкольного образования «Коррекционно–Развивающий Центр» в городах Ивантеевка и Королев, а также со-

трудниками МБОУ «Образовательный центр № 1» (Ивантеевка) при работе с учениками ресурсной зоны.

Ключевые слова: методика Floortime, эмоциональное развитие, взаимодействие, игра, расстройства аутистического спектра.

DIR/Floortime – это распространенная система помощи детям с расстройствами аутистического спектра, разработанная профессором Стенли Гринспеном в 1979 году. Стенли Гринспен (1941–2010 гг.) – крупнейший в мире специалист в области изучения и коррекции аутизма, признанный авторитет в сфере клинической работы с детьми раннего и дошкольного возраста, имеющими когнитивные и эмоциональные нарушения развития. Методика Floortime (Флортайм) успешно применяется в работе с детьми раннего возраста, с подростками и взрослыми людьми.

Работа над внешними сторонами поведения и симптомами – это не главная цель терапии в рамках концепции DIR и методики Floortime. В первую очередь внимание уделяется созданию фундамента для здорового развития ребенка. Благодаря данному подходу дети приобретают ключевые способности, отсутствующие или нарушенные в процессе их развития: способность к теплым, принимающим отношениям с окружающими, целенаправленному и полноценному общению и в различной степени к логическому, творческому и абстрактному мышлению. Для многих детей, которые занимались по данной методике, открылись новые возможности, они приобрели способности, которые считались для детей с РАС недостижимыми. У них появились теплые и близкие отношения с семьей и сверстниками, развились сложные речевые навыки. Дети стали справляться не только с учебными дисциплинами, но и приобрели такие интеллектуальные способности как спонтанное мышление, умение рассуждать, понимать чужие доводы, научились сопереживать другим.

Следует подчеркнуть, что Floortime отводит родителям ребенка с РАС важнейшую роль, в отличие от других программ, которые делают упор на вмешательство профессионалов.

Идея терапии по методике Floortime состоит в том, чтобы взаимодействие ребенка и взрослого было естественным, а среда эмоционально теплой и безопасной для ребенка, и тогда он будет чувствовать себя непринужденно, весело и спокойно. Игрой руководит ребенок, а взрослые присоединяются к нему. Родители лишь помогают расширить игровые рамки и привить новые навыки. Также одним из преимуществ этого подхода является то, что самые близкие для ребенка люди – родители могут обучиться основным правилам и ключевым моментам терапии для осуществления ее дома.

Что такое DIR/Floortime? DIR – это концепция системы ранней помощи детям с нарушениями. Аббревиатура DIR (см. рис. 1) составлена из первых букв понятий, означающих построение отношений с учетом уровня функционального эмоционального развития и индивидуальных особенностей (ребенка, семьи, окружения и терапевтов).

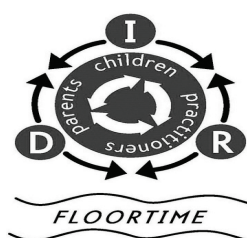


Рис. 1. Модель DIR/Floortime.

D (Developmental) – развивающий, (в данном случае – развитие ребенка). Мы можем определить, на каком уровне функционального эмоционального развития находится ребенок. Это, в свою очередь, помогает нам углубиться в изучение эмоциональных функций и определить, в какой степени у ребенка развиты навыки на каждом уровне. Без этого невозможно начать работу, т.к. мы бы не знали, с чего начать и над чем работать. На данном этапе работы мы составляем «портрет» функционального эмоционального развития ребенка, который поможет составить индивидуальную программу.

I (Individual Differences) – индивидуальные особенности (ребенка). Это подробная информация о ребенке. Специалистами принимаются во внимание: особенности ЦНС, медицинские данные, история семьи,

особенности всех членов семьи и их взаимоотношения, семейные ритуалы и традиции, сенсорный профиль семьи и ребенка, его привычки (что любит и не любит). Очень важно понимать, как живет ребенок, и что его окружает. Эти данные учитываются при составлении индивидуальной программы DIR/Floortime.

R (Relationship-Based) – построение отношений, развитие отношений с ребенком. Это все те отношения, которые необходимы для эмоционального развития ребенка. В первую очередь с мамой и папой (воспитателями), потом со специалистами и окружающими людьми. Это то, ради чего строится вся программа DIR/Floortime. Следует пояснить, что в концепции DIR рассматриваются шесть основных и три дополнительных уровня функционального эмоционального развития (D). При нормальном развитии ребенок осваивает шесть главных уровней к 3–4 годам, это фундамент для последующего развития. У детей с аутизмом или иными проблемами в развитии освоение этих уровней может занять больше времени. Иногда ребенок может освоить какой-то уровень эмоционального развития лишь частично, при этом эмоциональное развитие может продолжиться, но с какими-либо ограничениями.

На рис. 2 представлены ступени (уровни) эмоционального функционального развития ребенка (D).

Рассмотрим основные, с 1 по 6, ступени эмоционального функционального развития.

Саморегуляция и сорегуляция; интерес к окружающему миру. Ребенок учится передавать во внешний мир эмоции от своих ощущений (от боли в животе, мокрой пеленки, голода). Когда способности на этой ступени освоены, ребенок в норме находится в состоянии спокойного внимания, способен смотреть и слушать, фокусировать внимание на том же, на чем и взрослый, может активно впитывать информацию из общения со взрослым и интересоваться окружающим миром, используя все свои чувства для восприятия мира, реагируя на мать и близких (на прикосновения, голос, запах, лицо). В этом возрасте ребенок может реагировать эмоционально (проявляет первичные эмоции: удовольствие – не-удовольствие).

Вовлечение и общение: способность вступать в отношения и контакт, «влюбленность в мир». Ребенок все сильнее привязывается и все больше интересуется определенными людьми. Отличает тех, кто за ним ухаживает, ото всех остальных. Радует при появлении близкого человека. Есть желание вступать в отношения и поддерживать общение. Различает и реагирует на интонации и тон голоса, оттенки в выражении лица.

Двусторонняя целевая коммуникация (взаимность): способность инициировать коммуникацию и эмоциональные сигналы. Дети, которые освоили способности на данной ступени, могут преобразовывать эмоции в коммуникативные сигналы. Ребенок зовет взрослого не только из-за дискомфорта, но и чтобы пообщаться. Он бросает соску не только, чтобы услышать звук или посмотреть на то, как она будет падать, но чтобы взрослый поднял и вернул ее. Возникают коммуникативные циклы. Зарождается логика и чувство реальности. К 8 месяцам ребенок может участвовать в таком взаимодействии, где присутствуют причинно—следственные связи. В этот период происходит разделение «Я — не Я».



Рис. 2. Ступени эмоционального функционального развития.

Сложная коммуникация и совместное решение социальных задач. Ребенок осваивает двустороннюю коммуникацию для решения возникающих проблем. Расширяются цепочки коммуникативного цикла, появляется совместная со взрослым игра. Формируется способность к решению социальных задач. Ребенок уже может регулировать настроение

и поведение. Он учится управлять сильными чувствами с помощью эмоциональных знаков или переговоров со взрослыми. Формируется раннее самосознание. Ребенок уже может выразить множество различных чувств и желаний. Осваивает разнообразные свойства физического мира (если сделать это, то произойдет вот это, если нажать на кнопку, то телевизор включится). Ребенок различает одобрение и неодобрение, согласие и отказ. Уже проявляется способность к считыванию знаков, которыми обмениваются люди, и к улавливанию эмоциональных намеков еще до произнесения слов. Появляется интеграция опыта: «плохой-хороший», «ласковая мама» и «сердитая мама». На этой ступени эмоционального развития дети учатся ждать желаемого, уже умеют переключать внимание.

Использование символов и создание эмоционально значимых идей. Образы приобретают смысл в процессе связанных с ними эмоциональных переживаний и обменов сигналами, у ребенка появляется способность говорить. Крик и плач могут заменить «не хочу!», «дай». Мышление символами приводит к развитию речи. Ребенок начинает играть и придумывать игры (события в игре могут быть реальными и воображаемыми).

Построение логических мостов и связь между отдельными идеями. Способность логически связывать символы. Ребенок может задавать и отвечать на вопросы, способен логически связывать понятия. Логически связывать свои идеи с идеей другого человека. Развивается логическое мышление (умение спорить, аргументировать, решать задачи) и символическая игра.

Методика Floortime

Floortime – это ведущая (не единственная) методика концепции DIR. Цель программы DIR/Floortime – продвижение ребенка вверх по лестнице развития. Специалисты DIR/Floortime преследуют две основные задачи:

- Следовать за ребенком и использовать его естественные интересы.

- Ввести ребенка в мир. Причем, важно, чтобы ребенок сам захотел быть в одном мире со взрослыми.

Floortime – это процесс, в ходе которого взрослый с ребенком постоянно чему-то учатся. Применение методики Floortime дает также возможность решать следующие задачи:

- Установление и укрепление эмоционального контакта с малышом, достижение взаимного удовольствия от общения, понимание и управление ребенком личными эмоциями.

- Установление взаимодействия взрослого и ребенка в диалоге.

- Формирование и улучшение у ребенка навыков саморегуляции.

- Гармонизация сенсорной сферы ребенка.

- Формирование и развитие навыков коммуникации (речевой и альтернативной).

- Обучение ребенка умению решать социальные задачи в не-обычной ситуации.

- Обучение ребенка умению идти на компромисс.

- Развитие у ребенка разных видов мышления (логического, абстрактного и эмоционального).

- Развитие у ребенка самосознания и навыков самооценки.

- Формирование мотивов к обучению и общению.

- Формирование у ребенка основы системы ценностей.

- Построение основ Я-концепции ребенка.

Floortime реализуется в работе с обычными детьми и в работе с детьми, имеющими:

- РАС,

- проблемы в развитии, (дефицит внимания, гиперактивность),

- трудности адаптации и социализации,

- поведенческие трудности (агрессию, страхи, тревожность).

Условия применения методики Floortime

Следовать за ребенком – не значит комментировать или просто повторять то, что он делает, это значит входить в контакт и взаимодействовать с ним на базовом уровне его интересов. Взрослый должен создать причину, по которой ребенок захочет с ним играть, поэтому для начала нужно приглядеться к ребенку и выяснить, в чем состоит его истинный интерес.

Пример

Если ребенок выкладывает игрушки в ряд, за этим может скрываться общее стремление к созданию порядка, шаблона или композиции. Если он выстраивает игрушки в ровную линию, вы можете добавить к его ряду еще одну игрушку или предложить неожиданный вариант: улыбаясь, поставить игрушку под прямым углом к его линии. В любом случае, у вас может зародиться взаимодействие. Когда ребенок увидит, что вы не хотите его прерывать или менять что-то в его порядке и правилах, он может выставить в ряд еще одну игрушку, сделать паузу и посмотреть, станете ли вы продолжать его игру. Рассматривайте себя прежде всего как участника игры! Когда ребенок перестанет переживать из-за того, что вы собираетесь прервать его занятие, он пустит вас в свою игру, потому что совместная игра приносит больше удовольствия. Помогайте ребенку делать то, что ему хочется и нравится.

Основные правила и рекомендации при игре по принципам Floortime

Начинайте игру с любимых ребенком предметов или действий, даже если это неодушевленные сортеры или кубики, даже если это его самостимуляции.

Будьте артистичными в подстройке к малышу: меняйте тембр голоса, скорость речи и не бойтесь дурачиться и переигрывать. Малышу должно быть интересно и весело, и вы тоже должны получать удовольствие от такого взаимодействия!

Хвалите маленького партнера по игре: рассказывайте о том, как вам нравится с ним играть, какой он милый, приятный, красивый, какие у него симпатичные ручки, ножки, волосы и даже зубки. Обратите вни-

мание: если ребенок не говорит или только начал осваивать речь, то ваша собственная речь не должна быть сложно построенной, используйте для общения отдельные слова или простые предложения.

Поддерживайте постоянный интерес к занятию: используйте привычные предметы необычным способом (переверните посуду и постройте башню, сделайте из кастрюли шалаш для куколки, наденьте миску как шляпу, помадой на щеке нарисуйте цветок).

Используйте много «ярких» жестов и выразительную мимику, особенно с неговорящими детьми. Делайте игру костюмированной, даже если элементы перевоплощения касаются только вас. Переносите игру в новое место: из комнаты в комнату, на разложенный диван, на прогулку в парк.

Не забывайте об индивидуальных особенностях ребенка – может быть, ему не нравятся громкие звуки, тогда особое внимание обратите на использование жестов и мимики, приглушив звук своего голоса. Если он чувствителен к прикосновениям, тогда и игры будут без касаний. В этом случае можно воспользоваться игрушкой, надеваемой на руку. Учитывайте актуальный уровень развития ребенка. Родители часто испытывают разочарование, из-за того, что ребенок не играет так, как, по их мнению, должен бы играть. Если вам в голову приходит такая мысль, значит, вы пока не следуете за своим ребенком. Для начала помогите ему делать то, что он хочет, а потом старайтесь вместе с ним «расширять» его действия.

Пример. Если малыш играет с животным и неожиданно начинает двигаться, не спешите, проверьте, может быть, ему захочется, чтобы рядом были другие животные, и вы сами не заметите, как начнете уже вместе формировать стаю или кормить их. Не думайте о том, что делать дальше, а заботьтесь о том, чтобы оставаться в игре, которую придумал ваш ребенок, – это очень важно для углубления и расширения его интересов или занятий. Чем «легче» и дружелюбнее атмосфера, тем проще вам будет внедрить в нее элементы новых навыков.

В заключение хочу отметить: если перед родителями или специалистами стоит задача получения быстрых результатов, то методика Floortime не будет способствовать ее достижению. Floortime – это преж-

де всего процесс. Любой процесс длится во времени. Но именно в процессе есть возможность получить стойкий результат.

Литература

1. Гринспен С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер. – М.: Теревинф, 2013. – 512 с.
2. Гринспен С. Ребенок-тиран: Как найти подход к детям пяти «трудных» типов / С. Гринспен, Ж. Сэлмон. – М.: Ломоносовъ, 2010. – 464 с.

Гринина, Е.С. Современные подходы к коррекции расстройств аутистического спектра / Е.С. Гринина // Инклюзия в образовании. 2016. – № 2. – С. 159–174.

Аннотация. В статье представлен анализ актуальных психолого-педагогических подходов к коррекции расстройств аутистического спектра (РАС). Выявляются специфика и возможности применения в работе с детьми с аутизмом эмоционально-уровневого подхода, сенсорной интеграции, методик TEACCH, Floortime/DIR, P.L.A.Y. Project, прикладного анализа поведения, а также методов холдинг-терапии, альтернативной коммуникации, музыкотерапии, пескотерапии, пет-терапии. Делается вывод, что выбор метода в работе с ребенком с РАС должен осуществляться с учетом индивидуальных особенностей последнего и организационных возможностей реализации коррекционной работы.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, коррекция, эмоционально-уровневый подход, сенсорная интеграция, прикладной анализ поведения, холдинг-терапия, альтернативная коммуникация, пет-терапия.

На сегодняшний день аутизм является одним из самых неоднозначных типов развития, сочетающим в себе разные, а порой и противоречивые симптомы. Ученые всего мира проводят исследования, направленные на выявления причин и факторов, обуславливающих возникно-

вание такой аномалии развития, при этом обращают внимание на наследственную предрасположенность, различного рода интоксикации и влияние психологических факторов. Однако до настоящего времени вопрос об этиологии раннего детского аутизма остается дискуссионным. В то же время статистика свидетельствует, что в наши дни расстройства аутистического спектра (РАС) приобретают все большую распространенность. Если в конце XX века насчитывалось от 5 до 15–20 детей-аутистов на 10 тыс. детского населения [4], то сегодня аутизмом страдает каждый 88-й ребенок [3]. По последним данным, один ребенок из 50 детей школьного возраста страдает расстройствами аутистического спектра [2]. Увеличение распространенности рассматриваемого нарушения развития требует привлечения пристального внимания специалистов различных профилей к разработке методов его коррекции. Целью настоящей работы выступает анализ современных подходов к коррекции расстройств аутистического спектра.

В большинстве случаев коррекционная работа с лицами с различными видами отклонений в развитии ориентирована на формирование у них готовности к самостоятельной, продуктивной жизни. В случае с детьми с аутизмом эта цель может быть конкретизирована как формирование способов адекватного взаимодействия с миром вообще и с социумом, в частности. Отечественная наука исходит из положения о необходимости комплексного подхода к коррекции РАС, вовлечения в этот процесс специалистов медицинского, психологического, педагогического спектра. Важнейшее значение для развития детей с аутизмом, их социализации имеют активность родителей, их готовность к длительной, упорной, грамотной работе с ребенком.

Среди наиболее распространенных психолого-педагогических методов коррекции РАС в нашей стране можно отметить эмоционально-уровневый подход, сенсорную интеграцию, Floortime, TEACCH, АВА и др. Рассмотрим их более подробно.

В основе эмоционально-уровневого подхода к коррекции расстройств аутистического спектра лежит концепция об уровнях аффек-

тивной регуляции, разработанная К.С. Лебединской, В.В. Лебединским, О.С. Никольской [7]. В русле данной концепции О.С. Никольская выделяет четыре группы детей с ранним детским аутизмом. Для первой группы характерна полная отрешенность от окружающего мира; для второй группы – активное его отвержение; для детей третьей группы свойственно замещение реального мира собственными интересами и фантазиями; детей четвертой группы характеризуют выраженные трудности установления и поддержания контакта с окружающими. По мнению авторов, в случае адекватного применения эмоционально-уровневого подхода у детей с РАС происходит последовательный переход ко все более высоким уровням аффективной регуляции. Реализация данного метода коррекции предполагает, прежде всего, установление эмоционального контакта психолога с ребенком, его подключение к наиболее привлекательным видам деятельности и придание им социально значимого смысла. В рамках данного подхода возможны коррекция страхов, негативизма, стереотипности, проявлений агрессии у ребенка с РАС. Характерной особенностью эмоционально-уровневого подхода является исключение какой бы то ни было директивности в работе с ребенком. Основной акцент делается на формировании мотивации к взаимодействию ребенка со взрослым, реализующейся в контексте наиболее привлекательной для него деятельности. Предполагается, что подобная работа станет тем пусковым механизмом, который позволит гармонизировать дальнейшее развитие ребенка с РАС.

Сенсорная интеграция

Основоположником метода сенсорной интеграции является Э. Джин Айрес [1]. В основе данного подхода лежит предположение, что поведение, общение, обучение и т.д. обуславливаются способностью человеческого мозга обрабатывать сенсорную информацию. Именно сенсорные стимулы обуславливают те или иные проявления активности человека. В случае расстройств аутистического спектра у детей наблюдаются трудности обработки сенсорной информации: одни стимулы являются для них недостаточными (ребенок стремится восполнить

подобный дефицит), а другие стимулы – чрезмерными (ребенок всячески старается избегать их). Отсюда, целью терапии с помощью сенсорной интеграции является совершенствование способности мозга обрабатывать сенсорную информацию, что окажет положительное влияние на поведение, общение и развитие других видов деятельности ребенка и его развитие в целом. В качестве упражнений, используемых в русле данного подхода, можно отметить раскачивание на качелях, кружение, вращение ребенка, ползание в тоннелях, балансирование на перекладинах, тактильные игры, танцы под музыку и др. Их применение способствует обогащению сенсорного опыта ребенка, формированию у него способности к интеграции стимулов, получаемых от различных анализаторных систем.

TEACCH

Методика TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) была разработана Э. Шоплером, Р. Райхлером и Г. Месибовым – сотрудниками Школы медицины Университета Северной Каролины в начале 1970-х годов. В переводе на русский язык данная аббревиатура может быть переведена как «Лечение и образование аутичных детей и детей с нарушением коммуникативных способностей». Настоящая методика активно развивалась и усовершенствовалась и в настоящее время применяется в рамках государственной программы обучения аутичных детей в некоторых штатах США, а также в Бельгии и Дании.

В качестве основной цели реализации TEACCH-программы выступает повышение уровня самостоятельности и независимости ребенка, его уверенности в себе в особых, ограниченных или искусственно созданных условиях. В рамках TEACCH особое значение придается сотрудничеству родителей и специалистов, что позволяет закреплять новые навыки и обеспечивает таким образом комплексность коррекционного воздействия.

Применение TEACCH-программы предполагает работу с ребенком по следующим направлениям:

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

Содержание работы по каждой из указанных сфер соответствует уровню развития ребенка, определяемого посредством применения Профиля психологического развития (PER, Э.Шоплер, Р.Рейчл). Так, предусмотрены комплексы заданий для детей, уровень которых соответствует возрасту от 0 до 2-х лет (первый уровень); от 2-х до 4-х лет (второй уровень), от 4-х до 6-ти лет (третий уровень).

Применение TEACCH-программы предполагает учет ряда моментов. Считается, что поскольку полноценная адаптация аутичного ребенка к окружающему миру невозможна, то усилия следует направить на создание условий, в максимальной степени соответствующих особенностям его развития и потребностям. При этом широко используются такие методические приемы, как структурирование времени и пространства, визуальные опоры, составление различных видов расписания и пр. Вопрос о необходимости обучения ребенка речи решается неоднозначно. Оно считается целесообразным лишь при достаточно высоком уровне интеллектуального развития ($IQ > 50\%$). В любом случае, значительное внимание уделяется вопросам развития невербальных форм коммуникации. Формирование академических и профессиональных навыков также не входит в круг приоритетов специалистов, реализующих данный подход в коррекции аутизма. Более значимым представляется формирование бытовых навыков, способности к самообслуживанию.

В результате применения ТЕАССН-программы в большинстве случаев не удается добиться высокого уровня адаптации лиц с РАС к условиям реальной жизни. В то же время ориентация на возможности и потребности детей с аутизмом, создание необходимых, удовлетворяющих им условий жизнедеятельности позволяют достигать положительных изменений в развитии ребенка.

Игровое время (Floortime/DIR)

Основоположником методики Floortime считают психиатра Стэнли Гринспана. Данный подход ориентирован на развивающее вмешательство и взаимодействие с ребенком, страдающим аутизмом. Другим названием этой методики является DIR-метод: Developmental – развивающая, Individual differences – учитывающая индивидуальные особенности, Relationship-based – основанная на построении отношений.

Рассматриваемый подход к коррекции расстройств аутистического спектра базируется на убеждении, что в основе психического развития и обучения любого ребенка лежит эмоциональное взаимодействие, которое происходит во время общения между ребенком и его матерью. Иными словами, полноценное, эмоциональное взаимодействие в диаде «мать-дитя», осуществляемое в процессе игровой деятельности, является необходимым условием и стимулом гармоничного развития ребенка.

По мнению С. Гринспана, в своем развитии ребенок проходит 6 стадий:

- 1) стадия интереса к миру (к 3-м месяцам);
- 2) стадия привязанности (к 9-ти месяцам);
- 3) стадия двусторонней коммуникации (к 9-ти месяцам);
- 4) стадия осознания себя (к 1,5 годам);
- 5) стадия эмоциональных идей (к 2,5 годам);
- 6) стадия эмоционального мышления (к 4-м годам).

В большинстве случаев дети с расстройствами аутистического спектра не проходят последовательно все эти стадии, а останавливаются на одной из них. В таком случае этим детям нужно помочь пройти через все указанные стадии с помощью методики Floortime.

Основное содержание методики Floortime/DIR и специфика ее применения в работе с детьми с РАС описаны Стенли Гринспаном в книге «Занимательный аутизм», где она называется «Время, которое провели на полу». В ходе работы с ребенком-аутистом раннего возраста родители и педагоги, психологи опускаются перед ним на колени, садятся вместе с ним на пол. При этом любым действиям ребенка, в том числе и стереотипным, патологическим, придается характер совместного занимательного взаимодействия. Подобный прием позволяет установить контакт даже в случаях наиболее выраженной аутистической симптоматики. Присоединение взрослого к деятельности ребенка вызывает у него ту или иную ответную реакцию, вслед за которой формируется готовность к более конструктивному взаимодействию. Центральным моментом в реализации рассматриваемого подхода является положение, что специалист (психолог, педагог, терапевт и пр.) выступает в роли помощника ребенка, тогда как сам ребенок в подобном взаимодействии становится главной фигурой, развивается как личность. В ходе взаимодействия специалист отталкивается от тех видов деятельности и идей, которые реализует ребенок, развивает их, с помощью различных приемов побуждает ребенка занять более активную позицию, посвятить взрослого в правила игры и поведения. В результате происходят стимулирование когнитивного, эмоционального развития ребенка аутиста, формирование у него навыков межличностного взаимодействия.

The P.L.A.Y. Project

Концепция The P.L.A.Y. Project (Play and Language for Autistic Youngsters) разработана Ричардом Соломоном на основе фундаментальных положений и идей методики Floortime/DIR. В ходе уточнения и конкретизации ключевых положений С.Гринспана, подкрепления их конкретным методическим содержанием была создана программа, призванная обучить родителей и специалистов приемам и методам интенсивного развивающего воздействия на детей с аутизмом. Целью подобной работы является формирование у детей с расстройствами аутистического спектра навыков взаимодействия с окружающим миром.

Программа The P.L.A.Y. Project практикуется в США, Австралии, Канаде, Великобритании, Ирландии и Швейцарии. В последнее время ее последователи появились и в России. The P.L.A.Y. Project оказывается наиболее эффективной в работе с детьми с РАС в возрасте от 1,5 до 5 лет. При этом взаимодействие ребенка со специалистом должно быть достаточно интенсивным и осуществляться по 25 часов в неделю. Сам ребенок и его поведение, деятельность постоянно должны быть в поле внимания взрослого, осуществляющего коррекцию. Это оказывается возможным в тех случаях когда соотношение специалист:ребенок с РАС не превышает 1:1 или, в некоторых случаях, 1:2.

Прикладной анализ поведения

АВА, или прикладной анализ поведения (Applied Behavior Analysis) – это наука, в центре внимания которой находятся поведение человека и возможности управления им. В случаях применения данного подхода в работе с детьми с РАС его эффективность доказана целым рядом исследований. Во многом положительное влияние рассматриваемого метода на развитие и поведение ребенка с аутизмом связано с тем, что АВА можно рассматривать как метод, ориентированный не на диагноз, а на конкретные проблемы и возможности каждого ребенка, что позволяет осуществлять в работе с ним индивидуальный подход. В основе прикладного анализа поведения лежит идея, разработанная в русле концепции оперантного обусловливания (Б. Скиннер, Дж. Уотсон), согласно которой поведение человека всегда влечет за собой определенные последствия. В случае, если последствия нравятся человеку, он будет повторять поведение, вызывающее их появление; если последствия не нравятся, подобное поведение повторяться не будет. Таким образом, поведением человека можно управлять, ориентируя его на возможность получения тех или иных последствий.

В работе с детьми с расстройствами аутистического спектра метод АВА впервые был использован доктором Иваром Ловаасом и его коллегами (Калифорнийский университет, Лос-Анжелес, 1963 г.). Применение Программы поведенческого вмешательства позволяет сформиро-

вать у ребенка с аутизмом целый ряд навыков: чтение, академические, социальные, коммуникативные навыки, навыки самообслуживания, бытовые навыки и т.д.

Спецификой прикладного анализа поведения является то, что все сложные навыки и поведенческие акты разбиваются на мелкие блоки – действия. В процессе работы с ребенком каждое действие отрабатывается отдельно, затем эти действия-элементы соединяются в цепь, образуя, таким образом, качественно новое, сложное действие. В рамках данного подхода взрослый занимает достаточно авторитарную позицию по отношению к ребенку: он четко управляет его деятельностью, строит работу так, что правильные действия ребенка закрепляются до автоматизма, а неправильные пресекаются. Достижению желаемого поведения способствует использование поведенческим аналитиком различных подсказок и стимулов, как положительных, так и отрицательных. При этом поведенческий навык считается закрепленным в том случае, когда ребенок без ошибок воспроизводит его в 80% ситуаций.

В рамках прикладного анализа поведения для каждого ребенка составляется индивидуальная коррекционная программа. Чтобы коррекционная работа была эффективной, ей необходимо уделять достаточно много внимания. Так, занятия в рамках поведенческого подхода должны проводиться в течение 30–40 часов в неделю. В итоге реализации АВА у ребенка формируются возможности самостоятельного освоения окружающего мира. Достаточно подробно этот подход к коррекции расстройств аутистического спектра освещен в книге Ольги Мелешкевич и Юлии Эрц «Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА)» [6].

Как уже отмечалось выше, решение вопросов коррекции расстройств аутистического спектра в большинстве случаев требует комплексного подхода. В связи с этим на практике довольно часто те или иные основные методы коррекции РАС сочетаются с иными методами, приемами, подходами, которые в большинстве случаев могут рассматриваться как дополнительные, создающие условия и предпосыл-

ки для более эффективного развития детей обозначенной группы. К числу последних, например, можно отнести холдинг-терапию, методы альтернативной коммуникации, пет-терапию и др.

Холдинг-терапия

Использование метода холдинг-терапии в работе с детьми с аутизмом было предложено американским психиатром Мартой Велш, руководителем Материнского центра в Нью-Йорке (1983 г.). Суть метода состоит в насильственном (но не повреждающем) удерживании ребенка-аутиста его матерью для формирования физической, а затем и эмоциональной связи между ними. Именно отсутствие подобной связи сторонники этого метода считают основным нарушением при аутизме. Восстановление или формирование физического и эмоционального контакта между матерью и ребенком должно стать тем фундаментом, на котором дальнейшее развитие последнего будет проходить более успешно, делает его восприимчивым к внешним стимулам и взаимодействию с окружающими.

Традиционный сеанс холдинг-терапии включает в себя следующие этапы: конфронтация, отвержение (или сопротивление), разрешение. При всей внешне кажущейся простоте данного метода (по сути, все, что требуется от матери, – это удерживать своего ребенка и эмоционально взаимодействовать с ним) необходимо понимать, что он является очень сложным и энергетически затратным как в физическом, так и в психологическом плане. Так, во время сеансов ребенок может оказывать сильное физическое сопротивление, удержать его при этом нелегко. Кроме того, на первых этапах сеанса холдинг-терапии ребенок испытывает выраженный эмоциональный дискомфорт, и матери трудно продолжать работу, видя его страдания. В то же время в течение всего сеанса нельзя уступать нарастающему сопротивлению ребенка: с ним необходимо пытаться установить и зрительный, и эмоциональный, и вербальный контакт. Отпускают ребенка только при появлении релаксации, формировании у него готовности к общению с близким взрослым.

К числу противопоказаний к проведению холдинг-терапии специалисты относят:

- тяжелые соматические (острые или хронические) заболевания родителей или ребенка;
- ситуацию неполной семьи;
- сопротивление родителей, их эмоциональную неготовность к холдинг-терапии [5].

Альтернативная коммуникация

В большинстве случаев одним из симптомов расстройств аутистического спектра является отсутствие или выраженное своеобразие развития речи. В подобных случаях в некоторой степени сгладить трудности общения с окружающими может применение альтернативных способов коммуникации. К их числу относят различные варианты жестовой речи, общение с помощью символических карточек, использование технических и электронных устройств, озвучивающих то или иное слово или фразу, и т.д. Применение этих приемов позволяет человеку с РАС, не владеющему устной речью, сообщать окружающим о своих потребностях, желаниях, эмоциях. В ряде случаев родители детей аутистов избегают использования методов альтернативной коммуникации, поскольку боятся, что в подобном случае ребенок так никогда и не заговорит. Однако исследования показывают, что применение методов альтернативной коммуникации не только не препятствует овладению ребенком устной речью, но в ряде случаев даже стимулирует и облегчает его.

Наибольшее распространение среди методов рассматриваемой группы получила система коммуникации обменом изображениями (PECS). В русле данного подхода неговорящий ребенок с РАС выбирает и показывает карточки с изображением желаемого занятия или объекта. Реализация данного метода предполагает несколько этапов, на которых ребенка учат вступать в коммуникативные отношения с окружающими, выбирать адекватные ситуации картинки-изображения, доносить необходимую информацию до оппонента и т.д. Карточки PECS могут быть куплены или изготовлены родителями самостоятельно, причем

чем меньше возраст ребенка, тем нагляднее должно быть изображение (вплоть до фотографий реальных объектов и способов действий). По мере взросления ребенка изображения на карточках могут приобретать более условный, абстрактный характер. Специфика применения данного подхода в работе с детьми с РАС достаточно подробно описана в книге Лори Фрост и Энди Бонди «Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS)» [8].

Нормализации поведения и деятельности детей с ранним детским аутизмом способствует применение различных видов визуальной поддержки: визуальные границы в помещении, пошаговые инструкции в картинках, расписание дня, картинки–подсказки и т.д. Наглядное изображение предстоящих действий и событий позволяет ребенку-аутисту синтезировать их в логическую последовательность, в результате чего возможными становятся формирование различных форм социально приемлемого поведения, развитие самостоятельности у ребенка с РАС.

Одной из наиболее серьезных проблем в развитии ребенка с аутизмом является трудность понимания им социальных отношений и эмоций. Такой ребенок часто не понимает, что вызвало слезы или смех у близкого человека, какие эмоции он испытывает и что послужило тому причиной. Частично сгладить эту проблему позволяет использование «Социальных историй». Суть данного метода состоит в том, что в наглядной форме последовательно изображаются этапы той или иной социальной ситуации, значимой для ребенка, отмечаются эмоции, мысли вовлеченных в нее людей, их реакции и возможные формы адекватного поведения участников взаимодействия. Подобный прием позволяет ребенку-аутисту наглядно увидеть социальную ситуацию, соотнести причину и следствие, выработать наиболее социально приемлемые способы поведения.

Музыкотерапия

В последнее время все более широкое распространение в работе с детьми с РАС приобретает музыкотерапия, включающая в себя как активные, так и пассивные формы. Использование этого метода спо-

способствует развитию коммуникативных навыков, стимулирует развитие творческих способностей и потребностей в самовыражении, формирует мотивацию взаимодействия с окружающими, оптимизирует эмоциональное состояние ребенка и т.д. В ходе музыкотерапии ребенок может как прослушивать специально подобранные музыкальные произведения, так и самостоятельно воспроизводить различные мелодии с использованием различных музыкальных инструментов.

Пескотерапия

Еще одним методом, хорошо зарекомендовавшим себя в работе с детьми с РАС, является пескотерапия. Как правило, этот метод используется при наличии эмоциональных нарушений. Пропуская песок сквозь ладонь, испытывая в связи с этим специфические ощущения, человек успокаивается. Кроме того, занятия с песком представляют широкие возможности для реализации творческих задатков, самореализации личности. Используя в процессе пескотерапии различные фигурки, изображающие людей, животных, неживые объекты, ребенок может создать собственную картину мира, раскрыть свою индивидуальность, ощутить удовольствие от процесса и результата собственной деятельности. Использование этого метода стимулирует активность ребенка, способствует активизации коммуникативных навыков, оказывает положительное влияние на сенсомоторное и эмоциональное развитие. Важно понимать, что игра ребенка с песком в большинстве случаев не подлежит интерпретации со стороны психолога. Последний здесь выполняет функцию «активного присутствия», а не руководства процессом.

Пет-терапия

Взаимодействие с людьми представляет собой трудноразрешимую задачу для большинства детей с аутизмом. В таких случаях в роли своего рода посредников такого взаимодействия могут выступать различные животные. Пет-терапия – лечение с помощью животных – является одним из перспективных направлений оказания коррекционной помощи

лицам с расстройствами аутистического спектра. Пет-терапию можно проводить с собаками, дельфинами, лошадьми, кошками.

Общение с животными расширяет поведенческий репертуар ребенка-аутиста, способствует формированию навыков коммуникации, гармонизирует эмоциональное состояние. Кроме того, привлечение тех или иных животных к коррекционной работе обладает специфическими особенностями. Так, в случае дельфинотерапии прослеживается комплексное воздействие на организм человек: сочетание воздействия ультразвуковых волн, излучаемых дельфином, с двигательной активностью и мощным психологическим воздействием. Этот метод впервые был использован в Великобритании в 1978 году и в настоящее время получил достаточно широкое распространение в разных странах. Обычно курс дельфинотерапии включает 10 сеансов по 20–30 минут. Подобные курсы рекомендуется повторять 1 раз в 4–6 месяцев.

В ходе иппотерапии (лечение с помощью лошадей) происходит коррекция моторной сферы: во время движения лошадь совершает более 100 колебательных движений в минуту, при этом всадник должен удерживать равновесие. Совершенствуется также мелкая моторика, что связано с необходимостью управлять лошадью. Массирующий и разогревающий эффект, возникающий в процессе верховой езды, способствуют улучшению питания головного мозга, что оказывает положительное влияние на развитие познавательной сферы ребенка. Взаимодействие с лошадью также имеет мощный эмоциональный и энергетический потенциал.

Канис-терапия представляет собой один из видов лечения и реабилитации человека с привлечением собак. Основной целью применения канис-терапии в работе с аутистами является развитие у них контактности (обогащение сенсорной сферы, формирование и закрепление навыков поведения, общения и деятельности). При этом взрослые (канистерапевты) организуют и координируют взаимодействия ребенка и собаки, наполняют его специфическим коррекционным содержанием. Подобные занятия могут проводиться как индивидуально, так и в группах.

Необходимо понимать, что в пет-терапии могут быть задействованы только специально подготовленные, обученные животные, общение с которыми будет полезно ребенку с расстройствами аутистического спектра, а не нанесет ему психологическую, а возможно и физическую травму.

Таким образом, проведенный анализ актуальных подходов к коррекции расстройств аутистического спектра позволяет констатировать их количественное и качественное разнообразие. У каждого метода есть свои сторонники и противники. Кроме того, необходимо понимать, что аутизм является своеобразным типом развития, симптомы которого в разных случаях могут варьироваться, а иногда даже противоречить друг другу. В связи с этим, тот метод, который оказался действенным в работе с одним ребенком аутистом, может оказаться неэффективным для другого. Выбирая тот или иной подход к коррекции расстройств аутистического спектра, необходимо учитывать целый ряд факторов: структуру дефекта, психологический возраст ребенка, наличие квалифицированных специалистов, возможность взаимодействия с представителями ближайшего социального окружения и др.

Литература

1. Айрес Э.Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э.Дж. Айрес. – М.: Теревинф, 2009. – 272 с.
2. Аутизм. АВА-терапия. – URL: <http://autism-aba.blogspot.ru/2013/04/autismprevalence.html> (дата обращения 23.05.2016).
3. Аутизм в России и мире. – URL: <http://ria.ru/spravka/20120402/615322608.html> (дата обращения 23.05.2016).
4. Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына. – СПб.: Международный университет семьи и ребенка им. Р.Валленберга, 1997. – 254 с.
5. Либлинг М.М. Игровая холдинг-терапия при аутизме: методические особенности и этические аспекты применения/ М.М. Лблинг // Дефектология. – 2014. – № 3. – С. 30–44

6. Мелешкевич О. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения / О. Мелешкевич, Ю. Эрц. – М.: Бахрах-М, 2015. – 208 с.
7. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма / О.С. Никольская. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 362 с.
8. Фрост Л., Бонди Э. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS) / Л. Фрост, Э. Бонди. – М.: Теревинф, 2011. – 416 с.

Морозов, С.А. О критериях эффективности практик работы с людьми, имеющими РАС. / С.А. Морозов // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – 15 (4). – С.10–15.

***Аннотация.** Анализ практик работы с людьми, имеющими аутизм, имеет серьезное прикладное значение. Он проводится, прежде всего, для выявления эффективности воздействия различных факторов и их совокупности на развитие людей с аутизмом, и главное – на уровень их социальной адаптации. Рассматривается вопрос об эффективности коррекции расстройств аутистического спектра как в плане выбора методов и практик работы с детьми с аутизмом, так и в плане эффективности методов как таковых. Также рассмотрено содержание понятия «эффективность коррекции расстройств аутистического спектра». Определены наиболее адекватные из современных подходов к оценке эффективности методов и практик коррекции аутистических расстройств, перспективы и направления исследований этого показателя.*

***Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, аутизм, коррекция, эффективность коррекционной работы.*

По данным статистики, частота встречаемости расстройств аутистического спектра растет, Всемирная организация здравоохранения полагает, что аутизм обнаруживается примерно у 1% населения Земли. Далее срабатывает эффект домино: высокая частота

встречаемости приводит к повышению спроса на услуги по лечебно-коррекционной помощи детям с аутизмом, которые, в свою очередь, стимулируют развитие рынка предложения таких услуг. И уже в начале XXI века учесть все варианты предлагаемых методов лечения и коррекции аутизма стало очень трудно, скорее невозможно. Появились «лучшие», «научно доказанные» и даже «единственно правильные» подходы, родители в Интернете обмениваются «лучшими практиками», по этому поводу проводится множество семинаров, конференций и форумов, бесчисленное количество «мастер-классов».

Понять это явление можно: аутизм – расстройство часто тяжелое, всегда хроническое. Оно вызывает у родителей детей с аутизмом тревогу за их будущее и естественное стремление найти возможность помощи. Перед ними – широчайший спектр предложений, и остановиться на каком-то одном или на нескольких очень трудно.

Не вызывает сомнений, что выбор оптимального пути должен быть обоснован, и попытки разработать принципы и критерии такого выбора предприняты и в нашей стране, и за рубежом [1; 2; 3; 5; 7].

Вопрос, однако, не только и не столько в этом. Чтобы рекомендовать тот или иной подход, метод или технологию, нужно быть убежденными в их эффективности. Практика показывает, что в большинстве случаев авторы различных подходов к коррекции аутизма не слишком утруждают себя установлением показаний и противопоказаний к применению разработанного ими метода и предпочитают сосредотачиваться на критике конкурентов (иногда в науке, иногда в бизнесе). Как заметил один из наиболее уважаемых специалистов в области коррекции аутизма Эрик Шоплер (Eric Schopler), в большинстве случаев многие из предлагаемых методов преследуют скорее интересы маркетинга, чем помощи детям с РАС [7].

Возникают новые вопросы: по каким критериям оценить эффективность методического подхода (метода, технологии); как сравни-

вать, какой из методов эффективнее, и наконец, что такое эффективность метода в случае коррекции аутизма?

Это вопросы совсем не праздные, но очень важные практически.

Крупнейший специалист в области психиатрии детей с аутизмом Майкл Раттер (Michael Rutter) пришел совсем не к оптимистическому выводу: «В отличие от большинства психических расстройств, аутизм характеризуется отсутствием существенных изменений в результате лечения» [6]. Те же тона доминируют в обзоре Саймона Барона-Коэна (S. Baron-Cohen) с сотрудниками: эффективность современных поведенческих методов в лучшем случае умеренная, а часто – низкая (см. табл. 1).

Последнее исследование [4] вызывает большое недовольство у приверженцев поведенческих подходов, большинство которых твердо стоят на том, что АВА – единственный научно обоснованный подход к коррекции аутизма. Действительно, научная обоснованность АВА не вызывает сомнений: именно бихевиоризм ввел в психологию принцип вероятностной организации поведения, что позволяет легко использовать аппарат математической статистики и получать вполне доказательные результаты. Однако заключение, что это единственный научный метод – несомненно ошибочно: во-первых, все остальные подходы придется считать ненаучными, что вряд ли соответствует действительности, и, во-вторых, научность развивающих методов тоже доказана (скажем, высокой воспроизводимостью).

Действительно, положение Б. Скиннера (B. Skinner) о влиянии последствия (consequence) на временную связь между предшествующим (запускающим) фактором (antecedent) и поведением (behavior) справедливо считается абсолютно доказанным, но это верно при определенных условиях (например, при стабильности факторов, не входящих в систему «стимул-реакция», но способных влиять на эту связь). В случае РАС о стабильности внешних и особенно внутренних условий

Таблица 1

Эффективность основных поведенческих подходов [4]

Поведенческие подходы	Целевая группа	Эффективность	Цели и основные характеристики
Основанные на АВА общие подходы			
Раннее интенсивное поведенческое вмешательство (Early intensive behavioral intervention, EIBI)	До возраста 5 лет	Низкая или умеренная	Основано на принципах АВА, проводится дома или в школе, применяется метод дискретных проб (то есть обучение упрощено и пошагово структурировано); отношение взрослый – ребенок – 1:1; интенсивность обучения – 20–40 часов в неделю на протяжении 1–4 лет
Денверская модель раннего вмешательства (Early start denver model, ESDM); иногда совместно с моделью, основанной на раз-	До возраста 5 лет	Умеренная (ESDM) или неизвестная (ESDM + DIR/Floortime)	Цель ESDM – ускорить развитие ребенка по всем основным направлениям (доменам); непосредственные задачи определяются на основании обследования;

<p>витии, индивидуализации и построении отношений, применяемой в раннем возрасте – Develomental Individual Relationship-Based model – Floortime (DIR/Floortime)</p>			<p>подчеркивается значение: развития социальной коммуникации; способности устанавливать межличностное взаимодействие; значение имитации, основанной на межличностном развитии, на социальном внимании и мотивации; используется соединение принципов АВА и отработки основной реакции (Pivotal response training, PRT) – естественный подход, в котором выделяются так называемые основные области развития ребенка, включая мотивацию, ответ на множественные воздействия, самоконтроль и спо-</p>
---	--	--	---

			<p>способность инициировать социальное взаимодействие.</p> <p>Floortime выделяет функциональное эмоциональное развитие, индивидуальные различия в сенсорной модуляции, планирование и процессинг в двигательной сфере, отношениях и взаимодействии</p>
Общее структурированное обучение			
TEACCH	Дети, подростки, взрослые	Низкая	<p>Проводится:</p> <p>структурирование окружения и активностей, которые понятны индивиду; делается упор на относительно сильное зрительное восприятие и на «подтягивание» более слабых сторон индивида; используются индивидуальные интересы для стимулирова-</p>

			ния обучения; поддерживается содержательная коммуникация, возникающая по собственной инициативе индивида
Воздействие на отдельные навыки-мишени			
PECS	Неговорящие дети	Умеренная	Обучение спонтанным социально-коммуникативным навыкам через использование символов и картинок

говорить сложно, об однородности контингента – просто невозможно. Получается, что уже из самой природы бихевиоризма, из присущих ему положений вытекает необходимость установления граничных условий применения основанных на этом направлении психологии методов (показаний и противопоказаний к применению, говоря медицинским языком).

Действительно, директора Принстонского института развития ребенка Пат Крантц (Pat Krantz) и Линн МакКланнахан (Lynn McClannahan), обучая российских специалистов, советовали не использовать АВА в случаях процессуального аутизма, что оказалось в значительной степени верно. У детей с тяжелым аффективным дефектом (на грани эмоциональной тупости) никакое подкрепление не оказывало мотивирующего действия, у других, с высоким интеллектом и сохранной способностью к рефлексии, выраженное чувство собственной самости не позволяло работать за подкрепление («какие-то конфетки-монетки»).

1. Известный историк науки Daniel Robertson подчеркивает, что от древних греков вплоть до современной эмпирической психологии полагалось очень важным соответствие проверяемой гипотезы и методов, с помощью которых хотят ответить на поставленные в гипотезе вопросы [7].

2. В случае РАС, если гипотезы касаются отдельных функций, то даже при самой максимальной эффективности это мало что дает для оценки метода *per se*: именно применение того или иного метода ко всей популяции детей с аутизмом, без учета показаний и противопоказаний, приводит к тем результатам, которые получили Саймон Барон-Коэн и его коллеги. Именно поэтому Ивар Ловаас в последние свои годы очень огорчился, что АВА, которому он посвятил большую часть жизни, примерно половине детей с аутизмом не подходит.

3. Есть и еще одна сторона вопроса об оценке эффективности методов помощи детям с РАС.

4. Возможность использования традиционных способов оценки эффективности методического подхода при аутизме вызывает большие сомнения, так как:

- Из-за неоднородности контингента дисперсия результатов очень высока, судить об эффективности трудно.

- Попытки унифицировать выборку за счет выделения подгрупп людей с аутизмом не слишком состоятельны из-за отсутствия классификации аутизма, и, кроме того, автоматически ограничивается контингент, на котором может быть использован потенциальный результат.

- Из-за первазивного характера нарушений возникают очень большие сложности с формированием контрольных групп.

- Плацебо-контроль ненадежен из-за социальных обстоятельств и многофакторности воздействия.

- Двойной слепой контроль не вполне подходит для психолого-педагогических методов в принципе и из этических соображений.

Выводы

В этой ситуации приходится вслед за Эриком Шоплером заключить, что в настоящее время единственно возможной оценкой эффективности применяемых практик является динамика развития каждого отдельного человека с аутизмом. Именно это лежит в основе подхода, ориентированного на ребенка, во вторую очередь, – на семью.

Основная точка отсчета – уровень социальной адаптируемости каждого человека с аутизмом.

Следовательно, объектом изучения исследователей должны стать история болезни, развития, жизни человека с аутизмом; комплексный внимательный лонгитюдный анализ анамнестических, клинических, катamnестических данных по-настоящему рандомизированно, без выбора «хороших» или «плохих» случаев, с анализом широкого спектра факторов, – рандомизированно в действительном смысле этого слова.

Практическая задача – лонгитюдный анализ отдельных историй развития людей с аутизмом по многим параметрам, включая:

- адекватность выбора коррекционного подхода (в динамике!);
- достаточность объема занятий;
- различные аспекты работы с родителями: время начала, продолжительность, интенсивность, адекватность формы и уровня занятий, правильный выбор стиля занятий и их ориентированности на длительное, многолетнее взаимодействие.

Подчеркиваю: очень важно, чтобы анализ историй развития проводился без выбора: особый интерес представляют истории не по типу «счастливых», но сложные по генезу и не столь благополучные по результату.

Цель анализа практик работы с людьми с аутизмом – выявление истинного значения воздействия различных факторов и их групп на развитие и на уровень социальной адаптации и адаптируемости: а) для данного отдельного человека, б) для определенной группы лиц с аутизмом, в) для всех людей с аутизмом.

Литература

1. Морозова С.С. Коррекционная работа при осложненных формах детского аутизма / С.С. Морозова. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 176 с.
2. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С.С. Морозова. – М., 2007.
3. Морозова С.С. Основные аспекты использования АВА при аутизме / С.С. Морозова. – М., 2013.
4. Lai M.Ch., Lombardo M.V., Baron-Cohen S. Autism (seminar). www.thelancet.com Published online September 26, 2013. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539.1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539.1)
5. Reichow B., Doering P., Chicchetti D.V. (eds). Evidence-Based Practices and Treatments for Children with Autism, 2011.
6. Rutter M. Changing Concepts and Finding on Autism // Journal of Autism and Developmental Disorders, 2013. Vol. 43. Pp. 1749–1757.
7. Schopler E. Comments to C. Lord et al. «Challenges in Evaluating Psychological Intervention for Autistic Spectrum Disorders» // Journal of Autism and Developmental Disorders, 2005. Vol. 35. No. 6. Pp. 709–711.

Нестерова А. Модель сопровождения позитивной социализации детей с расстройствами аутистического спектра (РАС): комплексный и междисциплинарный подходы / А.А. Нестерова, Р.М. Айсина, Т.Ф. Сулова // Образование и наука, 2016. – № 3 (132). – С. 140–155.

Аннотация. Цели второй части публикации – проанализировать отечественный опыт сопровождения социального развития детей с аутизмом, представить авторскую комплексную модель сопровождения позитивной социализации детей с РАС и сложными дефектами, доказать необходимость создания научно обоснованной комплексной модели сопровождения детей с РАС.

Методика и методы. В работе использовались методы теоретического анализа и обобщения научно-исследовательских и научно-методических публикаций по проблеме социализации детей с РАС, а также метод моделирования.

Результаты. Проведены анализ, обобщение и систематизация научных подходов к социализации и социальной интеграции детей с аутизмом в России. Определены наиболее эффективные, прошедшие процедуры эмпирической валидации методические приемы и технологии, которые могут быть включены в процесс социально-психологического сопровождения детей с РАС и их семей. Раскрыт региональный опыт РФ в решении вопроса социализации детей с аутизмом, выделены наиболее удачные программы и наработки отечественных специалистов. Разработана и обоснована авторская модель сопровождения позитивной социализации детей с РАС.

Научная новизна. Описанная в статье авторская модель создана с опорой на принципы мультидисциплинарности и междисциплинарности процесса взаимодействия специалистов сопровождения, направленного на решение проблем детей с РАС и их семей в вопросах социализации. В модели учтены базовые условия позитивной социализации личности ребенка с РАС, такие как состояние психического здоровья детей; создание благоприятных условий для протекания процесса их социализации, в частности для формирования базовых социальных навыков; обеспечение тесного взаимодействия детей, психологов, педагогов, родителей, социальных партнеров; организация на основе совокупных показателей мониторинга динамики социальной компетентности и развития детей.

Практическая значимость. Предлагаемая модель может стать основой построения процесса сопровождения детей с РАС в общеобразовательных и коррекционных школах, организациях с инклюзивной практикой, в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, в системе повышения квалификации педагогов, врачей, социальных реабилитологов, психологов, специалистов коррекционной педагогики.

Ключевые слова: социализация, модель сопровождения позитивной социализации, аутизм, дети с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Российский опыт социально-психологической помощи детям с РАС и их семьям в отечественной науке РАС рассматриваются как особый, биологически обусловленный тип психического дизонтогенеза – искаженное психическое развитие [5]. Российские исследователи подчеркивают, что все ключевые нарушения при аутистических расстройствах можно разделить на две группы: одна из них связана с недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной), другая – с дефицитарностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных). Характерными особенностями при аутизме являются асинхрония и изоляция в развитии отдельных функций, что определяет качественные отличия возрастной динамики по сравнению с нормой [2, 5, 9].

На сегодняшний день в России наблюдаются значительные достижения в решении проблем детей с аутизмом и членов их семей. В регионах РФ накоплен ценный опыт создания условий для оказания помощи таким детям и их родителям. На основании анализа 74 сайтов региональных общественных и государственных организаций, образовательных учреждений и центров различной направленности, а также публикаций в научных изданиях были определены следующие необходимые условия:

- создание единого комплексного интегративного реабилитационного пространства, развитие системы помощи аутичным детям;
- формирование экспертно-информационного и практического ресурсов для консолидации усилий, обмена и распространения успешного опыта профессионалов и родителей детей с РАС;
- защита прав и интересов детей с РАС и их семей;
- отработка механизма межведомственного взаимодействия по оказанию ранней помощи, создание программ и моделей межведомственного взаимодействия;

- консолидация усилий специалистов, родителей и общественных организаций для решения вопросов доступности образования, равных прав детей с РАС на образование и социальную помощь;
- разработка моделей инклюзивного образования и внедрение их в образовательное пространство общеобразовательных школ, дошкольных и внешкольных образовательных организаций;
- внедрение комплексной многоуровневой реабилитации, социализации и помощи в решении различного рода проблем детей-аутистов, их родителей и опекунов;
- поддержание проектов по разработке диагностических и помогающих (коррекционных, реабилитационных, образовательных и т. д.) технологий;
- подготовка кадров для работы с детьми-аутистами и команд для помощи родителям детей с РАС в их воспитании и обучении.

Анализ электронных источников и печатных изданий показал, что в учреждениях и организациях при решении проблем аутизма используются различные модели помощи: медицинская, модель раннего вмешательства (функциональная реабилитация), психолого-педагогическая и медико-социальная модели реабилитации и коррекции, инклюзивная модель.

В последнее десятилетие идет активное внедрение модели комплексной многоуровневой реабилитации, социализации и помощи в решении различного рода проблем детей-аутистов, их родителей и опекунов. Отличительной особенностью данной модели является межведомственное взаимодействие медицины, психологии, педагогики и социальной сферы в работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра. В качестве перспективной отмечается и мультидисциплинарная модель взаимодействия специалистов различной профессиональной направленности, а также специалистов государственных и общественных организаций и учреждений с их правовыми, экономическими и поддерживающими возможностями и технологиями.

В рамках названных моделей оказания помощи детям с РАС используются различные технологии. Наиболее популярным среди отечественных специалистов является метод прикладного анализа поведения (Applied Behavior Analyses). При этом, к сожалению, сертифицированных АВА-терапевтов в России явно недостаточно. В ряде регионов РФ в работе с детьми-аутистами используется анималотерапия [8], иппотерапия [11], дельфинотерапия [6], канистерапия [4]. Анализ результатов применения названных методов позволяет говорить об их эффективности в различных сферах развития ребенка, так как они помогают задействовать практически все сенсорные системы.

Немаловажную роль в развитии ребенка с РАС, по мнению специалистов, играют различные арттерапевтические формы работы – «общение с песком», рисование, лепка, гончарное искусство и др. Кроме развития мелкой моторики, данные формы общения ребенка с миром творчества способствуют развитию символического мышления, творческого воображения, фантазии, постановке речи, формированию умения ощущать собственное тело, а главное – приобретению навыков взаимодействия с родителями, другими взрослыми и детьми [12].

Широко используется в реабилитационных медико-психолого-социальных центрах сенсорная интегративная терапия, когнитивно-поведенческий тренинг, тренинг социальных навыков. По мнению специалистов, метод сенсорной интеграции позволяет стимулировать все сенсорные процессы, создает положительный эмоциональный фон, помогает преодолеть нарушения в эмоционально-волевой сфере и др. Технологии когнитивно-поведенческого тренинга и тренинга социальных навыков помогают развитию таких важных для социализации детей с РАС способностей, как установление контакта с другими людьми, поддержание, пусть и упрощенное, коммуникативной связи с ними и др.

В России также ведется работа по созданию виртуальных компьютерных технологий, предназначенных для обучения детей и подростков с РАС навыкам социальной коммуникации. При этом основной акцент делается на обеспечении пользователей безопасных и комфортных

условий обучения, минимизацию всех отвлекающих факторов и предоставление дополнительной поддержки от специалистов [1].

Кроме перечисленных технологий, в организациях и учреждениях регионов РФ ведется активный поиск и апробация новых направлений и форм работы. Так, в Центре реабилитации инвалидов «Наш Солнечный Мир» (г. Москва) разработан и апробирован метод комбинированной системы жетонов для коррекции аутоагрессии у детей с РАС, позволяющий закрепить желаемое поведение с помощью условных поощрений (зеленых жетонов) и уменьшить частоту случаев нежелательного поведения с помощью условных отрицательных стимулов (красных жетонов) [14].

В этом же центре активно внедряется проект «Деревня», целью которого является обучение взрослых людей с РАС и другими нарушениями в развитии навыкам самостоятельного проживания. Интересным, но пока еще находящимся в начале своего развития, является проект некоммерческого партнерства поддержки людей с аутизмом и особенностями интеллектуального развития «Счастливый дом» (Санкт-Петербург) по строительству домов для учебного проживания подростков и молодых людей с РАС, где молодые люди смогут получить необходимые навыки для труда и самообслуживания [13].

Таким образом, даже этот коротко представленный перечень деятельности медиков, педагогов, психологов, родителей, волонтеров по оказанию помощи детям с РАС позволяет сделать вывод о серьезных подвижках в решении проблем аутизма. Однако сегодня назрела необходимость объединения этого опыта в виде определенной системы, концепции, одной из форм которой может стать описанная ниже модель сопровождения. Как отмечалось выше, сегодня в практику внедряются модели комплексной многоуровневой реабилитации, социализации и помощи в решении различного рода проблем детей-аутистов, их родителей и опекунов и мультидисциплинарная модель. Однако описание этих моделей сводится в основном к выделению этапов сопровождения ребенка с РАС и указанию функций различных специалистов, владеющих опре-

деленными технологиями, а также к схеме взаимодействия специалистов и различных организаций. Имеющиеся модели реализуются в конкретных образовательных организациях, реабилитационных центрах или же на уровне школьного класса либо группы дошкольной образовательной организации.

Приведем несколько примеров творческого подхода специалистов к проектированию своей деятельности в рамках такого рода моделей. О. В. Загуменной, О. В. Скробкиной и Е. Н. Солдатенковой были представлены результаты использования в классе модели помощи детям с РАС, разработанной Е. И. Казаковой и названной «Субъектный четырехугольник» [3].

Основным субъектом этой модели является специалист по сопровождению ребенка с расстройством аутистического спектра, активно взаимодействующий с четырьмя другими субъектами: ребенком, педагогом, родителями и ближайшим окружением. Реализация модели опирается на следующие принципы:

- мультидисциплинарность;
- рекомендательный характер советов сопровождающему;
- приоритет интересов ребенка;
- стремление к автономизации (независимость специалиста по сопровождению от преподавателей-предметников и администрации);
- непрерывность сопровождения.

Положительным результатом внедрения модели стала подготовка детей к интеграции в среду сверстников в образовательных организациях (общеобразовательных и дополнительного образования) по истечении уже одного-двух лет обучения. Еще один интересный вариант – модель психолого-педагогической помощи детям школьного возраста с тяжелыми и множественными нарушениями развития – реализуется на базе группы кратковременного пребывания ГОУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков» (Москва). Миссией модели является максимальное вовлечение ребенка и его семьи в образовательное пространство с учетом индивидуальных особенностей уча-

щегося, для чего требуется организация адекватной образовательной среды, где осуществляются индивидуальные программы обучения детей. Модель включает два основных направления деятельности:

- 1) специализированная психолого-педагогическая помощь ребенку с тяжелыми и множественными нарушениями развития;
- 2) психолого-педагогическое сопровождение и сотрудничество с семьей.

Отличительными особенностями модели являются:

- включение в образовательное пространство детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития, ранее считавшихся необучаемыми;
- построение индивидуальной и групповой программ развития детей с учетом их индивидуальных особенностей, что предполагает знакомство с разнообразными аспектами жизни ребенка;
- оказание психолого-педагогической помощи при активном сотрудничестве с семьей [10].

Однако, несмотря на имеющийся положительный опыт, в отечественной практике отсутствует структурированная, наполненная содержательными компонентами *комплексная* модель сопровождения детей с РАС. Такая модель необходима, так как ее реализация позволит облегчить команде специалистов различной профессиональной направленности (специалистам государственных образовательных организаций, государственных и общественных учреждений и центров различного профиля) осуществление процесса вовлечения детей с РАС и сложными дефектами в деятельность социализирующих институтов.

Модель комплексного сопровождения позитивной социализации детей с РАС

С учетом проведенного анализа научной литературы и успешных практик психолого–педагогического и медико-социального сопровождения детей с аутизмом нами была разработана модель сопровождения позитивной социализации детей с РАС и сложными дефектами. В ее основу положены:

- базовые условия позитивной социализации личности ребенка с РАС: состояние его психического здоровья; наличие эмоционально комфортной среды развития; создание благоприятных условий для протекания процесса социализации ребенка, в частности для формирования базовых социальных навыков; обеспечение тесного взаимодействия детей, психологов, педагогов, родителей, социальных партнеров; организация мониторинга в динамике совокупных показателей социальной компетентности и развития детей [7]. Кроме того, мы руководствовались пониманием, что расстройства аутистического спектра представляют собой крайне неоднородную группу, что затрудняет создание единой комплексной модели сопровождения, но при этом возможно включение в нее жизненно необходимых компонентов для социализации ребенка с РАС;

- критическое осмысление исследований зарубежных и отечественных ученых, практического опыта специалистов различного профиля, посвященных описанию условий и технологий сопровождения ребенка с РАС и сложными дефектами, а также их родителей (или законных представителей);

- обобщение и систематизация эффективных наработок отечественных специалистов медико-психолого-педагогических центров и общественных объединений в решении проблем аутизма и проблем, с которыми они сталкиваются в своей деятельности;

- принципы мультидисциплинарного и междисциплинарного подходов к взаимодействию специалистов, направленному на решение проблем аутизма;

- запросы педагогов и родителей детей с РАС, выявленные в ходе анкетирования, проведенного нами в ходе исследования.

Под позитивной социализацией мы понимаем расширение спектра собственных умений и повышение возможностей участия ребенка с РАС в социальной жизни, что может быть достигнуто как за счет формирования навыков и развития способностей самого ребенка, так и за счет создания специальных условий посредством основных агентов социализа-

ции ребенка. Ядром модели являются четыре модуля: управленческий, педагогический, коррекционно-реабилитационный и психолого-педагогический (рисунок). Они объединены общей концепцией и миссией позитивной адаптации детей с РАС. Данные модули содержат описание как организационных вопросов (функций, целей, задач, выделения субъектов и объектов социализации и т. д.), так и содержательных (направлений социализации, технологий, принципов сопровождения, компетенции специалистов и т. д.).

Управленческий модуль объединяет администраторов образовательных организаций, методистов, представителей попечительских советов, фондов, координаторов инклюзивного образования и родителей. Основная задача команды специалистов – создание единой основы для интеграции ребенка с РАС в жизнь общества. Функции, которые реализуются посредством управленческого модуля в процессе сопровождения социализации ребенка с РАС, – это организация, контроль, принятие решений, определение степени эффективности применяемых маршрутов и технологий. В деятельности по социализации интеграции ребенка в общество ребенка, расширении возможностей инклюзивного образования, раскрытии потенциала ребенка во взаимодействии со сверстниками данный модуль играет важную роль: он призван преодолеть барьер стигматизации и дискриминации людей с РАС, которые несомненно затрудняют процесс позитивной социализации.

Педагогический модуль, представленный воспитателями, учителями, педагогами дополнительного образования и родителями, нацелен на реализацию образования в соответствии с ФГОС, воспитание, обучение и создание условий для развития социальных навыков детей с аутизмом. Модуль обеспечивает формирование жизненной компетенции ребенка, расширяя возможности его социального взаимодействия с другими участниками образовательного процесса. Применение междисциплинарного и мультидисциплинарного подходов позволяет преодолеть серьезный барьер социализации детей с РАС, существующий на сегодняшний день, а именно: восполнить у педагогов образова-

тельных организаций отсутствие знаний и навыков работы с детьми-аутистами, необходимых для инклюзивного образования.

Задачей коррекционно-реабилитационного модуля является разработка индивидуальной коррекционной программы, учитывающей особенности развития ребенка с РАС. Диагностику, коррекцию, лечение и социальную реабилитацию ребенка осуществляют врачи-педиатры, невропатологи, социальные реабилитологи, а также специалисты в области коррекционной педагогики-дефектологи и логопеды. Благодаря их профессиональной активности ребенок с РАС получает специализированную помощь по коррекции нежелательных форм социального взаимодействия. Этот модуль позволяет наработать опыт междисциплинарного взаимодействия и устранить пока, к сожалению, существующее жесткое разделение между специалистами полномочий и «зон ответственности» в помощи ребенку с РАС и его семье.

Психолого-педагогический модуль, объединяющий педагогов-психологов, социальных педагогов, психологов, тьюторов, АВА-терапевтов и родителей, ориентирован на развитие социально-бытовых умений и коммуникативных навыков детей с РАС, а также на вовлечение семьи в процесс социализации ребенка. Создание общей команды поможет устранить неготовность специалистов (психологов, социальных педагогов) к работе с детьми-аутистами без поддержки специалистов узкого профиля (врачей и дефектологов).

Поэтапная реализация модели позволит команде специалистов эффективно решать проблемы детей с РАС и сложными дефектами, а также оказывать действенную помощь их родителям (или законным представителям). Всего в рамках разработанной мультидисциплинарной и междисциплинарной модели мы выделили пять этапов (шагов) сопровождения.

Первый этап – сбор объективных и субъективных данных о ребенке (феноменологический уровень). На этом этапе анализируется вся совокупность имеющейся психолого-педагогической и медицинской до-

кументации, продукты учебной деятельности ребенка (объективные данные).

Проводится беседа с родителями, а также беседа и/или анкетирование работающих с ним педагогов и других специалистов (субъективные данные). Внимание уделяется прежде всего работе с родителями, которым в модели сопровождения отводится очень важная роль – они включены в состав практически всех модулей. Ведущий беседу специалист (или группа специалистов) расспрашивает членов семьи о состоянии ребенка, особенностях его жизни в текущий момент, повседневном режиме (о сне, еде, самочувствии, имеющихся навыках самообслуживания, интересах, участии ребенка в различных видах социально-бытовой деятельности и т. д.). Родителей также просят поделиться информацией об успехах ребенка и трудностях, возникающих у него и его близких как внутри семьи, так и в более широком социальном окружении. Результаты беседы анализируются и обобщаются. На основе полученной информации выдвигаются гипотезы о причинах проблем в развитии, воспитании и обучении ребенка, в том числе о возможных социально-психологических проблемах семьи.

На втором этапе определяется актуальное состояние ребенка с РАС и детализируются социально-психологические особенности его семьи. В процессе диагностики соматического и психического здоровья ребенка с привлечением всех специалистов сопровождения (врача-невропатолога, педагога-психолога, дефектолога, логопеда) и с использованием различных методов и методик (тестирования, проективной психодиагностики, социометрии и т. д.) осуществляется проверка и уточнение выдвинутых гипотез, проводится оценка психологического и социального статуса ребенка. Формулируется психологический диагноз, который принципиально отличается от медицинского: он состоит в структурированном описании индивидуально-психологических особенностей обследуемого с указанием как проблемных, так и ресурсных сторон его личности. Помимо психологического диагноза на данном

этапе составляется социально-психологический портрет семьи, воспитывающей ребенка.

Третий этап – это комплексный анализ ранее полученной информации и обозначение индивидуального маршрута позитивной социализации с учетом особых потребностей ребенка, его индивидуально-психологических качеств и семейной специфики. На этом этапе формулируются рекомендации для всех участников процесса позитивной социализации.

Четвертый этап – реализация индивидуального маршрута позитивной социализации: проводятся намеченные мероприятия, организуется оперативное консультирование всех участников процесса, обсуждаются возникающие трудности и разрабатываются рекомендации по их преодолению.

На пятом этапе рефлексировются достигнутые результаты и проблемы, которые были выявлены во время прохождения индивидуального маршрута. Определяются перспективы и приемлемые алгоритмы дальнейшей позитивной социализации.

Таким образом, все компоненты организационно-функциональной структуры модели сопровождения подчинены одной общей цели – успешной социализации ребенка с РАС и сложными дефектами.

Заключение

Анализ отечественных и зарубежных подходов к социализации детей и подростков с РАС позволяет говорить о том, что сегодня в этой области используется достаточно много технологий и интервенций. Среди них в качестве наиболее эвристичных можно выделить:

- метод прикладного анализа поведения;
- когнитивно-поведенческий тренинг и тренинг социальных навыков;
- метод видеомоделирования;
- сенсорную интегративную терапию;
- технологии, использующие возможности виртуальной реальности.

Внимание зарубежных исследователей сосредоточено на разработке четко структурированных стратегий обучения детей и подростков с РАС определенным навыкам социальной коммуникации, но такие понятия, «как модель социализации» или «модель сопровождения позитивной социализации», не используются применительно к работе с аутичными детьми и их семьями. В отечественной науке и практике при наличии различных моделей психолого–педагогического сопровождения детей с РАС, реализующихся в отдельных организациях, отсутствует структурированная, наполненная содержательными компонентами комплексная модель сопровождения позитивной социализации данного контингента детей. С учетом анализа сложившейся ситуации и с позиций мультидисциплинарного (комплексного) и междисциплинарного подходов мы предлагаем модель позитивной социализации детей с РАС. Ее реализация в регионах РФ позволит эффективно планировать программу сопровождения детей с РАС в общеобразовательных и коррекционных школах, организациях, практикующих инклюзивное обучение и воспитание, в медико-психолого-педагогических центрах, а также усовершенствовать деятельность системы повышения квалификации педагогов, врачей, социальных реабилитологов, психологов, специалистов коррекционной педагогики.

Статья рекомендована к публикации д-ром пед. наук, проф. Н. К. Чапаевым.

Литература

1) Айсина Р. М. Перспективы применения виртуальных компьютерных технологий в психолого-педагогическом сопровождении детей с расстройствами аутистического спектра на ступени полного общего образования / Р. М. Айсина, Ж. А. Максименко // Психология образования. Модернизация психолого-педагогического образования: материалы XI Всероссийской научно-практической конференции. – 2015. – С. 3–5.

2) Баенская Е. Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма: автореф. дис. д-ра психол. наук / Е. Р. Баенская. – Москва, 2008. – 46 с.

- 3) Загуменная О. В. Организация сопровождения психологом и дефектологом детей младшего школьного возраста с расстройствами аутистического спектра: из опыта работы в классе / О. В. Загуменная, О. В. Скробкина, Е. Н. Солдатенкова // Аутизм и нарушения развития. – 2010. – № 3 (30). – С. 40–49.
- 4) Коголовская А.С. Особенности реабилитации детей-инвалидов с использованием канистерапии / А.С. Коголовская // Вестник Ивановского государственного университета. Серия: Естественные, общественные науки. – 2013. – № 1. – С. 41–46.
- 5) Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей: учебное пособие для студентов психологических факультетов высших учебных заведений / В. В. Лебединский. – М.: Академия, 2003. – 144 с.
- 6) Лукина Л. Н. Механизмы терапевтических эффектов процедур дельфинотерапии / Л.Н. Лукина // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – № 2. – С. 162–165.
- 7) Нестерова А. А. Интеграция детей с расстройствами аутистического спектра в образовательную среду / А. А. Нестерова // XI научно-практическая конференция «Психология личностного и профессионального развития субъектов непрерывного образования». СПб: Нестор-История, 2015. – С. 232–36.
- 8) Никольская О.С. Эффективность ненаправленной анималотерапии для детей с различными формами дизонтогенеза / О.С. Никольская // Психология и психотехника. – 2012. – № 8. – С. 87–99.
- 9) Никольская О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2014. – 288 с.
- 10) Рязанова А.В. Модель психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями развития / А.В. Рязанова, Д.В. Ермолаев, М.С. Шапиро и др. // Аутизм и нарушения развития. – 2012. – № 3 (38). – С. 1–23.

11) Свинолупов А.Г. Факторы влияния иппотерапии на личность ребенка с детским аутизмом / А.Г. Свинолупов, М.В. Тряпичкина // Челябинский гуманитарий. – 2010. – № 11. – С. 51–53.

12) Сухотин М.А. Рисование как средство развития и поддержания диалогической речи с ребенком, имеющим аутизм / М.А. Сухотин // Аутизм и нарушения развития. – 2014. – № 1 (42). – С. 39–48.

13) «Счастливым дом» в помощь аутистам откроется в посёлке. – URL:<http://nevnov.ru/city/region/schastlivyij-dom-vpomoshh-autistam-otkroetsya-v-poselke-ozerkki/> (дата обращения: 15.07.2015)

14) Эрнц-Нафтульева Ю.М. Применение комбинированной системы жетонов для коррекции проблемного поведения у ребенка с РАС в группе детского сада / Ю.М. Эрнц-Нафтульева, В. Фала // Аутизм и нарушения развития. – 2015. – Т. 13. № 1 (47). – С. 38–43.

Никольская О.С. Сравнительный анализ двух коррекционных подходов к психическому развитию ребенка с аутизмом / О.С. Никольская // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т.26. – № 4. – С. 169–186.

Аннотация. Представлен сравнительный анализ эмоционально-смыслового и ДИР (DIR) подходов к коррекции детского аутизма. Показано их концептуальное сходство. Оба подхода: базируются на идее развития и закономерностях нормального онтогенеза и направлены на нормализацию психического развития ребенка с аутизмом; рассматривают детский аутизм как биологически обусловленное нарушение, специфику которого определяют проблемы формирования аффективной сферы; в качестве ведущей коррекционной задачи определяют вовлечение ребенка в эмоционально значимые отношения. Различия касаются понимания генеза проблем формирования аффективной сферы при аутизме, выделения системы диагностических ориентиров, целей присоединения взрослого к занятиям ребенка и критериев оценки эффективности коррекционной помощи. Для эмоционально-смыслового

подхода основная проблема формирования аффективной сферы при аутизме – неспособность ребенка взаимодействовать не только с другим человеком, но и с окружением в целом; диагностика основана на качественных характеристиках аутистического расстройства; коррекционные занятия нацелены на осмысление ребенком происходящего в процессе совместно-разделенного переживания и расширение спектра переживаний ребенка.

Ключевые слова: *детский аутизм, нарушение психического развития при аутизме, психологическая коррекция детского аутизма, стратегия Флортайм, эмоционально-смысловой подход, помощь в развитии аффективной сферы, помощь в развитии эмоциональных отношений.*

Среди подходов к коррекционной помощи, направленных на нормализацию психического и социального развития детей с аутизмом, своей разработанностью и доказанной эффективностью выделяется подход ДИР (DIR-Developmental, Individual-difference, Relationship-based), разработанный С. Гринспеном, одним из крупнейших специалистов в области детского аутизма [1]. Согласно Гринспену, основным условием нормализации психического развития ребенка с аутизмом является его вовлечение в систему эмоциональных отношений с другими людьми, во взаимодействие, учитывающее его индивидуальные особенности и возможности.

Основополагающим для практики этого подхода является метод Флотайм (Floortime – «время на полу»). Специалисту и близким ребенка предлагается начинать не с попыток усадить его за стол «заниматься», а присоединиться к его странным стереотипным занятиям и разделить с ним получаемое удовольствие, придав происходящему смысл совместной игры. В результате такого «подстраивания» взрослого ребенок непроизвольно вовлекается в эмоциональные отношения, втягивается в процесс взаимодействия, который, по Гринспену, является основой нормализации психического и социального развития при аутизме.

По своей направленности, теоретическим позициям и практике коррекционной работы подход доктора Гринспена во многом близок

разработанному нами эмоционально-смысловому подходу к психологической помощи детям с аутизмом [3; 4; 5], и созданы они были примерно в одно время – в 80–90-х годах прошлого века. В этой статье мы намерены обсудить сходства и различия данных подходов.

Самым важным в общности этих подходов является подкрепленное многолетней практикой убеждение, что для детей с аутизмом можно сделать значительно больше, чем просто приспособить их в той или иной степени к жизни в условиях дефицитарности. Полученный опыт показывает, что эти дети, в разной степени, но могут установить теплые отношения с близкими, овладеть способностью к сопереживанию и пониманию других людей, общением и творческим мышлением, умением рассуждать и понимать рассуждения, т. е. тем, что многими считается принципиально невозможным при аутизме.

Общим является и понимание того, что ребенку с аутизмом для нормализации развития необходима интенсивная и продолжительная коррекционная помощь, которая не может быть оказана лишь в рамках специальных занятий, и решающим в ней становится участие его близких. В связи с этим Гринспен определяет свой подход как семейный, поскольку для достижения успеха метод Флортайм должен использоваться взрослыми в любое время и в любом месте, а это возможно только при вовлечении в коррекционную работу всех близких ребенку людей.

Сходство и различия в понимании первопричин детского аутизма

Причины возникновения детского аутизма связываются с особыми биологическими проблемами, в условиях которых развивается ребенок. Для нас и для доктора Гринспена они не связаны с предположением о нарушении у такого ребенка потребности в общении. Опыт работы показывает, что при учете особенностей ребенка, трудности установления эмоционального контакта достаточно надежно преодолеваются взрослыми и ребенок дорожит возникшими эмоциональными отношениями. Это позволяет думать, что аутистические установки детей связаны не с недостатком у них потребности в общении или способности любить, а с трудностями развития взаимодействия с другими людьми.

Гринспен говорит о некоторых неврологических проблемах, затрудняющих установление контакта и развитие эмоциональных отношений детей с близкими. Обсуждая типичные трудности, требующие индивидуального подхода к ребенку, он выделяет легкую перегрузку и неустойчивый интерес, нарушение возможности быстрого обмена сигналами, способности активно перерабатывать информацию, планировать и выполнять сложные последовательности действий. Мы тоже выделяем эти сложности и вкуче рассматриваем их как проявляющиеся на разных уровнях нарушения активности ребенка при взаимодействии с людьми и средой в целом. Эти нарушения касаются активной избирательности и переключения внимания, переработки и переформатирования информации, гибкой корректировки программ поведения, что ограничивает развитие возможностей ребенка адаптироваться в меняющейся ситуации, выстраивать диалог с людьми и обстоятельствами.

Как первичные, обусловленные неврологическими проблемами, Гринспен рассматривает и особенности сенсорной сферы детей с аутизмом, которые, как известно, могут выразиться и в гипо- и в гиперчувствительности ребенка. Как проявление психофизиологических особенностей сенсорной сферы трактуется Гринспеном сенсорный голод – стремление многих детей с аутизмом воспроизводить одни и те же впечатления, повторять одни и те же действия.

Нам сложно связать эти аномалии исключительно с индивидуальными психофизиологическими особенностями сенсорной сферы ребенка, поскольку в разные периоды жизни у него может проявляться как низкий, так и высокий порог сенсорного дискомфорта. Крайне ранимый до года, к дошкольному возрасту он может стать отрешенным и перестать явно реагировать даже на болевые ощущения. Известны и обратные трансформации, когда вполне внешне благополучный в раннем возрасте ребенок позже начинает проявлять выраженный сенсорный дискомфорт.

Чувствительность даже в одном периоде жизни может значительно меняться в зависимости от смысла происходящего, так гиперчувстви-

тельный и ранимый в обычной жизни ребенок для аутостимуляции может использовать крайне интенсивные ощущения. Стремление воспроизводить одни и те же сенсорные впечатления, чрезвычайно аффективно значимые для такого ребенка, дающие ему удовольствие и успокоение, усиливающиеся в моменты тревоги и дискомфорта, сложно связать лишь с испытываемым им сенсорным голодом.

Нам представляется, что расхождения в оценке чувствительности ребенка и его стремление к воспроизведению определенных ощущений не могут быть осмыслены лишь в рамках индивидуальных биологических особенностей таких детей. Наблюдения и прослеживание историй развития показывают, что пороги дискомфорта ребенка могут меняться при формировании разных отношений с окружением, в разных смысловых контекстах и при разной аффективной значимости впечатления.

Гипо- или гиперчувствительность ребенка, его сенсорный голод отражают не только его индивидуальные психофизиологические характеристики, но также и особенности формирования его аффективной сферы, индивидуального опыта и развития смысловых отношений с окружением. Т. е. они могут рассматриваться в контексте особенностей нарушения психического развития ребенка [2; 3]. В связи с этим в эмоционально-смысловом подходе, наряду с щадящими условиями контакта, много внимания уделяется и специальной коррекционной работе, позволяющей отчасти смягчить проблемы, связанные с нарушением выносливости ребенка в контактах с миром.

Общность понимания специфики нарушения психического развития
при аутизме

Детский аутизм рассматривается и нами, и доктором Гинспеном как особое нарушение психического развития, специфику которого определяют проблемы формирования аффективной сферы. В норме именно ее развитие обеспечивает ребенку вхождение во все более активные и осмысленные отношения с окружением. Гринспен подчеркивает, что аффект, сообщая словам и действиям смысл, связывает сенсорную и двигательную сферы и организует взаимодействие ментальных

функций. В нашем понимании аффективная сфера рассматривается как прижизненно развивающаяся система смыслов, определяющих отношения человека со средой, формирующих его сознание и поведение, направляющих развитие и взаимодействие психических функций, освоение навыков жизни.

Как и Гринспен, мы считаем, что именно нарушение развития осмысленных отношений с миром ведет к возникновению проблем психического развития при аутизме и что помощь в развитии аффективной сферы является базовой для нормализации когнитивного развития ребенка, овладения им социально-бытовыми навыками. Мы согласны также с тем, что коррекционная работа при аутизме должна вестись в процессе развития эмоциональных отношений с ребенком, обеспечивая ему базовые условия нормального развития, которых, в силу биологических особенностей, он не мог иметь в раннем детстве.

Подходы к психологической диагностике детского аутизма

Рассматривая сходство и различия подходов к диагностике и оценке тяжести аутизма, необходимо сказать, что мы, как и доктор Гринспен, в психологическом обследовании придаем особое значение наблюдению за поведением ребенка. И полностью согласны с ним в том, что при диагностике аутизма важны не результаты отдельных тестов, а анализ целостной картины поведения в естественной ситуации общения ребенка со специалистом и близкими. Однако, выявляя в поведении ребенка ключевые признаки детского аутизма, мы делаем разные акценты.

При постановке диагноза для доктора Гринспена информативны, прежде всего, признаки нарушения развития эмоциональных отношений и коммуникации, поэтому при обследовании ребенка им выясняется:

- получает ли ребенок удовольствие от контакта с близкими;
- обменивается ли он с ними жестами, мимикой, вокализацией;
- использует ли слова осмысленно, наполняет ли их эмоциями и желаниями.

Если ответы отрицательны, то степень этих нарушений отражает, по Гринспену, глубину аутизма ребенка.

Наличие полевого поведения и стереотипных действий признается им вторичным признаком на основании того, что они выявляются и при других аномалиях развития, так же как трудности взаимодействия и суженный круг интересов. Заслуживает внимания, что Гринспен почти не говорит о столь канонических признаках детского аутизма, как стремление ребенка отстаивать сохранение постоянства в окружении и неизменности собственных программ действия. Эти особенности поведения он также рассматривает как вторичную проблему, возникающую в связи с нарушением развития взаимодействия ребенка со взрослым.

Мы тоже считаем, что стереотипность поведения ребенка, как и его потребность в аутостимуляции возникают вторично, но думаем, что это происходит не только в связи с нарушением развития эмоциональных отношений с близкими. Существует еще и неоспоримая психофизиологическая дефицитарность, создающая для ребенка проблемы легко возникающего сенсорного дискомфорта и трудности активных отношений с меняющимися обстоятельствами. Эти проблемы не могут не мешать и развитию его эмоциональных отношений с близкими. Вторичность нарушения развития эмоционального контакта подтверждается и опытом применения Флотаим, и нашими данными о той легкости, с какой этот контакт устанавливается при понимании взрослым особенностей ребенка и при присоединении к его занятиям.

Мы согласны, что проявления полевого поведения и стереотипности в поведении и интересах возможны при других аномалиях развития, но столь же бесспорно, что при аутизме они имеют свою специфику и, что самое главное, их присутствие обязательно совпадает с проблемами развития эмоционального контакта и коммуникации. Характерное сочетание этих признаков, по нашему мнению, наиболее полно отражает дефицитарность аутичного ребенка в развитии отношений с людьми и средой в целом. В связи с этим наши критерии психологической диагностики более клинически традиционны: выявляется наличие или отсутствие:

- проявлений аутизма как нарушения развития эмоциональных отношений, коммуникации;

- полевого или стереотипного поведения как неспособности активно взаимодействовать с меняющимися обстоятельствами;
- форм стереотипной аутостимуляции, замещающей развитие реального взаимодействия с окружением;
- ключевым для нас является именно совпадение аутизма и стереотипности в картине поведения ребенка.

Подходы к оценке выраженности аутистических расстройств

В определении степени тяжести расстройств общей для нас является ориентировка на проблемы развития аффективной сферы, именно они определяют степень нарушения когнитивного развития ребенка и трудности его социальной и бытовой адаптации. Различия вытекают из представленного выше расхождения в выделении ключевых признаков аутистических расстройств.

Доктор Гринспен, считая ключевым признаком детского аутизма нарушение развития эмоциональных отношений ребенка с близкими, по степени их дефицитарности определяет тяжесть проблем в аффективной сфере и в психическом развитии в целом. Закономерным при этом является его обращение к нормальному онтогенезу и выделение стадий развития эмоциональных отношений ребенка с близкими в норме.

Гринспен дает их описание и показывает, что ребенок с аутизмом терпит неудачу в формировании эмоциональных отношений на одной из первых четырех стадий их нормального развития в первые полтора года жизни. Определение стадии им не пройденной, дает возможность, выявить тяжесть нарушений, поставить коррекционные задачи и, оценив успешность их решения, подготовить переход к более сложным формам отношений.

Возникновение самых тяжелых вариантов детского аутизма Гринспен связывает с проблемами, возникающими уже на первой из выделенных им стадий, которую обычный ребенок проходит до трех месяцев, когда интерес, испытываемый им к своему окружению, обеспечивает формирование направленной двигательной активности и синхрониза-

цию движений со взрослым, координирует развитие сенсорных и моторных функций. У ребенка, такого интереса не испытывающего, аффект не становится связующим звеном развития сенсорной и моторной сфер, что приводит его к бесцельному (полевому) поведению и аутостимуляции.

Вторая стадия, в норме это период от двух до пяти месяцев, знаменуется для обычных детей выделением другого человека, появлением удовольствия от контакта и желания вступать в эмоциональные отношения. Формирование аутистических расстройств при затруднениях на этой стадии проявляется в отсутствии у ребенка инициативы в отношениях, его погружении в себя и самоизоляции.

На третьей стадии, обычно осваиваемой между 4-м и 10-м месяцами, эмоциональные реакции становятся для ребенка средством коммуникации. В его поведении появляется преднамеренность и способность к двусторонней коммуникации, включающей несколько циклов. Здесь ребенок приобретает опыт желаний, представлений о цели, зарождается чувство реальности, выявляются причинно-следственные связи. При отсутствии инициативы и возможности лишь кратко отвечать на эмоциональный посыл взрослого, не поддерживая его, поведение ребенка остается импульсивным и беспорядочным.

На четвертой стадии, которую обычный ребенок проходит от 9 до 18 месяцев, он получает возможность не только вступать в двустороннюю эмоциональную коммуникацию, но и использовать ее для решения социальных задач, что требует развития цепочки более чем из 30 циклов эмоциональной коммуникации. Усложнение эмоционального взаимодействия открывает ребенку возможность развития понимания человеческих эмоций, самосознания, осмысленного употребления слов, ролевой игры. Неспособность ребенка поддерживать цепочку взаимодействия ведет к стереотипности в поведении, проблемам в осмысленном использовании слов и понимании логических связей.

В оценке вовлеченности ребенка в эмоциональные отношения большое значение придается числу коммуникационных циклов в цепоч-

ке доступного ребенку взаимодействия. Такой подход дает привлекательную возможность количественной оценки сформированности эмоциональных отношений и динамики их развития в процессе коррекционной работы.

Специфика нашего подхода к оценке тяжести аутистических расстройств также определяется выделением ключевых признаков детского аутизма. И это, как сказано выше, выделение типичного сочетания проявлений аутизма и полевого или стереотипного поведения, отражающего трудности развития отношений ребенка не только с людьми, но и со средой в целом. Определение тяжести проблем основывается нами на выделении качественных характеристик аутистических установок и нарушений активности в поведении ребенка [2].

Так аутизм может иметь характер отрешенности, активного негативизма, поглощенности особыми и узкими интересами или выражаться в экстремальных трудностях эмоциональной коммуникации.

Неспособность к активному взаимодействию с окружением тоже может проявиться в разном качестве. Так, полевое поведение может характеризоваться практически полным отсутствием активной избирательности в контактах с окружением, т. е. избирательного сосредоточения и целенаправленных действий, а может иметь ограниченный характер и проявляться как импульсивное поведение.

Стереотипность в поведении может выглядеть как активное сопротивление изменению постоянства в окружающем, но также и как жесткое отстаивание неизменности своих программ поведения или как крайняя косность и пунктуальность в следовании заданным социальным правилам.

Потребность в аутостимуляции может реализовываться как в воспроизведении одних и тех же сенсорных впечатлений, так и в проигрывании одних и тех же аффективно заряженных сюжетов. В более легких случаях поддержание аффективной стабильности ребенка зависит от эмоциональной поддержки близких, он нуждается в постоянной активации и ободрении.

В дошкольном возрасте, т. е. в период наиболее выраженных проявлений синдрома детского аутизма, на основе представленных выше качественных характеристик ключевых признаков детского аутизма мы выделяем четыре типа поведения, отражающих разную глубину аутистических расстройств.

Самые тяжелые формы характеризует отрешенность и полевое поведение с практически полным отсутствием избирательности. По мере увеличения активности детей аутистические расстройства проявляются как сочетания негативизма со стремлением к сохранению постоянства в окружении; поглощенности стереотипными интересами с крайне жесткими программами поведения; выраженных трудностей эмоционального контакта с косностью в следовании правилам и импульсивностью вне заданных форм поведения.

Представленные выше устойчивые варианты таких сочетаний рассматриваются нами как системные характеристики, отражающие разную тяжесть и специфику нарушений в развитии не только аффективной, но и когнитивной сферы. В соответствии с ними мы выделяем четыре группы детского аутизма [2; 5], каждая из них характеризуется не только глубиной и спецификой аутистических расстройств, но и тяжестью и особенностями нарушения сенсомоторного, речевого и умственного развития.

Выделение этих групп имеет практическую ценность, поскольку позволяет специалисту не только ранжировать проблемы отношений ребенка с окружением, но и определять уровень, на котором было блокировано их развитие. Поэтому заключение о присутствии у ребенка аутистических расстройств дополняется нами отнесением их к наиболее близкой по поведенческим характеристикам группе детского аутизма. Это позволяет выделить актуальную задачу коррекционной работы и определить последовательность ее дальнейших шагов. Опыт показывает, что продвижение к освоению более активных и сложных отношений с миром требует установления эмоционального контакта и

возвращения ребенка к совместному решению задач, с которыми он ранее не справился.

Выделенные группы отражают для нас тяжесть нарушений, но отнесение ребенка к определенной группе не может точно предсказать его дальнейшее развитие. Также как доктор Гринспен, мы имеем опыт успешной коррекционной работы с детьми, исходно имевшими самые тяжелые формы аутизма. И также как он считаем, что прогноз может определиться только по оценке динамики развития ребенка в процессе интенсивной коррекционной работы, при этом имеют значение ее раннее начало и выбор методов помощи.

Коррекционная работа как развитие аффективного опыта ребенка

Представляя метод Флотайм, Гринспен говорит о нем как о терапевтической программе развития аффективного опыта ребенка, помощи в формировании переживаний, вводящих во все более сложные отношения с окружением и ведущих за собой развитие когнитивной сферы, однако при этом он не раскрывает их содержания.

Наша коррекционная работа тоже направлена на развитие аффективного опыта ребенка, и обращение к группам детского аутизма позволяет определить содержание переживаний, раскрывающих для ребенка смысл происходящего, определяющих его отношения с окружением и направляющих развитие психических функций. Выделение ряда усложняющихся переживаний позволяет понять, в какой последовательности они могут осваиваться аутичным ребенком в процессе развития эмоциональных отношений с близкими.

Начало нашей коррекционной работы с детьми, имеющими самые тяжелые проблемы развития (для нас это первая группа детского аутизма – отрешенные дети с полевым поведением), во многом сходно с Флотайм в работе с детьми, не прошедшими первую стадию развития эмоциональных отношений.

Присоединение к полемому поведению и установление контакта позволяет нам поставить задачу, эмоционально тонизируя ребенка, ввести в его опыт переживание «хочу» и помочь ему в формировании по-

ложительной индивидуальной избирательности, т. е. в опредмечивании желаний, побуждающих его к более активному восприятию и действию. Опыт показывает, что без специальной помощи такой ребенок со временем может формировать лишь преимущественно отрицательную избирательность. Мы стремимся дать ребенку более насыщенный и разнообразный опыт приятных сенсорных ощущений, эмоционально акцентируя их в совместном переживании удовольствия, осмысляя и вводя в форму общей игры, в контекст бытовых впечатлений его повседневной жизни.

Для нас, так же как и для Флотайм, уже здесь становится важным вызывание ответных реакций и инициативы ребенка, но еще более важна появляющаяся возможность закрепления и надежного воспроизведения найденных форм взаимодействия. На их основе происходит эмоциональное «извлечение» ребенка из отрешенности и полевого поведения, в них начинается развитие эмоциональных отношений и взаимодействия. Активный поиск и закрепление таких форм происходит не только в игре, но и в повседневном взаимодействии с ребенком.

Если это получается, то ребенок начинает стремиться к воспроизведению привычного удовольствия не только в аутостимуляции, но и в эмоциональном контакте. Возникают избирательные отношения с человеком, ведущим такую работу, в контактах с ним ребенок становится выносливее, в том числе и к сенсорному дискомфорту. Он становится более активным в повседневной жизни и наряду с эхолалией начинает активно использовать слова, связанные с ситуациями эмоционального взаимодействия, которые имеют пока еще стереотипный и крайне свернутый характер.

Следующей нашей задачей становится развитие этих эмоционально значимых для ребенка, хотя и стереотипных контактов за счет их дифференциации и опредмечивания положительной избирательности желаний и удовольствий ребенка. Это происходит в эмоциональном акцентировании для ребенка приятных деталей стереотипа игрового и бытового взаимодействия, в совместном переживании удовольствия от осмысления его подробностей.

Таким образом, жизнь ребенка постепенно становится все более сенсорно разнообразной и эмоционально насыщенной, соответственно, он начинает меньше нуждаться в механической аутостимуляции. Формирование аффективного опыта активного удовлетворения желаний ведет за собой формирование навыков, набора слов и фраз, обозначающих желаемые и эмоционально значимые впечатления.

В работе с более активным ребенком второй группы, проявляющим негативизм и отстаивающим сохранение постоянства в окружении, взрослый исходно присоединяется к уже существующим формам стереотипного поведения, которые тоже могут быть осмыслены как совместное занятие, игра и дать ребенку опыт переживания общего удовольствия. У этого ребенка уже присутствует избирательность в контактах с окружением, но более как отрицательная фиксация неприятных впечатлений и способов защиты от них, а диапазон положительной избирательности ребенка, его желаний, его «хочу» экстремально узок. Задачей взрослого становится уменьшение этого дисбаланса в аффективном опыте ребенка.

Эта задача также решается с помощью эмоционального тонизирования ребенка в совместной игре и совместном эмоциональном освоении стереотипных форм жизни. Совместная игра начинает строиться не только на основе чисто сенсорных удовольствий, но и вокруг связанных с ними приятных и знакомых ребенку бытовых ситуаций. Опредечение и дифференциация его желаний происходят в процессе переживания общего удовольствия от игрового и реального проживания привычного хода бытовой жизни ребенка. Она эмоционально осмысливается, наполняется подробностями для максимального приближения отстаиваемого ребенком стереотипа к насыщенному приятными сенсорными впечатлениями и эмоциональными контактами укладу жизни обычного маленького ребенка.

В обогащенном подробностями стереотипе его детали с помощью эмоциональных реакций взрослого начинают восприниматься ребенком как более или менее важные. Возникает возможность вариаций и выбора

внутри стереотипа, соответственно он становится не столь монолитным, и стремление ребенка к сохранению постоянства в окружении становится менее напряженным.

Опора на общие эмоционально значимые детали стереотипного взаимодействия дает большую возможность вовлечения ребенка в развернутый и качественно разнообразный процесс коммуникации. Дифференцируется восприятие эмоциональных реакций и оценок близкого, на этой основе у ребенка появляются качественно новый опыт удовольствия от похвалы и желание быть хорошим.

С обогащением и осмыслением уклада жизни ребенка, эмоциональной связи с близким растет его аффективная стабильность, что позволяет лучше переносить напряженность переживания риска, которую дает непредсказуемость, и даже испытывать интерес к нарушениям порядка, воспринимая их не как катастрофу, а как новизну, приключение. Появляется возможность ввести в аффективный опыт ребенка новое, более сложное и активное положительное переживание «могу», позволяющее конструктивно воспринимать неожиданность, целенаправленно обследовать и преодолевать препятствия.

Игра с ребенком в это время становится сюжетной, позволяющей опробовать этот тип переживания, проигрывая в символическом плане нарушение порядка, возникновение препятствия и его преодоление. Этот аффективный опыт станет основой организации целенаправленного поведения и откроет ребенку новые возможности когнитивного развития. Он начинает лучше воспринимать сюжеты развития событий, появляется развернутая речь, способность не отвергать затруднение, а сосредоточиться на нем как на задаче, требующей решения; на этой основе ребенком начинают прослеживаться причинно-следственные связи.

Проблемы детей третьей и четвертой групп, несмотря на то, что они показывают возможность формирования значительно более сложных отношений с людьми и обстоятельствами и более продвинуты в когнитивном развитии, тоже во многом связаны с неполноценным развитием аффективного опыта организации жизни в привычных и стабильных

обстоятельствах. Определенность и дифференциация желаний детей, эмоциональная разработка и совместное осмысление деталей приятного и разнообразного уклада жизни крайне важны и для тех, и для других, поскольку именно они создают основу аффективной стабильности, необходимую для развития более активных взаимоотношений с окружением.

Отставание ребенком из третьей группы неизменности своей программы действий и его одержимость проигрыванием стереотипных сюжетов, связанных с острыми впечатлениями, свидетельствуют о значительном ограничении его способности быть конструктивным в реальной ситуации неопределенности и риска, что в норме обеспечивается ощущением уверенности в своих силах. Возвращение к разработке надежного сенсорно и эмоционально насыщенного уклада жизни позволяет ему стать менее зависимым от стремления полностью контролировать опасные ситуации, а значит и от погруженности в стереотипное воспроизведение ограниченного набора острых впечатлений.

Совместная разработка подробно осмысленного уклада жизни помогает ребенку четвертой группы формировать индивидуальную избирательность, поддерживает его в организации целенаправленного поведения, дает ему и взрослым опору для накопления разнообразия в содержании эмоционального сопереживания. Все это, с одной стороны, позволяет ребенку стать менее косным и механистичным в своем стремлении жестко следовать заданным правилам поведения, с другой – помогает ему справиться со своей импульсивностью.

Таким образом, в эмоционально-смысловом подходе помощь ребенку в развитии полноценного аффективного опыта предполагает формирование у него качественно разных и взаимодополняющих переживаний как необходимых аффективных механизмов развития все более активных взаимоотношений с миром [4]. Все они осваиваются ребенком в процессе и с помощью развития его эмоциональных отношений с близкими и ведут за собой его когнитивное развитие.

Выделяется определенная последовательность их введения в аффективный опыт аутичного ребенка: совместное освоение и осмысление привычных форм жизни должно предшествовать попыткам ввести его в более напряженные отношения с непредсказуемыми условиями и усилиям сделать его поведение идеально правильным. Практика показывает, что попытки поторопиться, как правило, не бывают эффективными.

Вместе с тем, мы думаем, что формирование каждого типа переживания не следует напрямую соотносить с определенным возрастным периодом в развитии обычного ребенка, поскольку в норме аффективная сфера развивается целостно и циклично. Вступая в эмоциональные отношения, обычный ребенок практически сразу начинает накапливать качественно разнообразный опыт сенсорных удовольствий, веселого риска, сопереживания эмоциональным проявлениям близких. Вместе с тем в логике становления этих переживаний как организаторов сначала общей жизни мамы и малыша, а потом и как реальных регуляторов его собственного поведения можно проследить последовательность, выделенную нами в коррекционной работе с аутичными детьми. И в норме продвижение ребенка в формировании аффективных механизмов, организующих его жизнь в стабильных условиях, предшествует и создает основу для развития механизмов, организующих взаимодействие с меняющимися обстоятельствами.

Сходство и различия подходов в практике коррекционной работы

Представим далее несколько сопоставлений, позволяющих сравнить реализацию основных принципов обсуждаемых подходов в коррекционной практике.

Безусловно общим является то, что оба подхода рассматривают развитие эмоциональных отношений как условие нормализации психического развития ребенка с аутизмом и подчеркивают необходимость создания ситуаций эмоционально насыщенного взаимодействия. Первой задачей коррекционной работы и в том и в другом случае является уста-

новление эмоционального контакта и вовлечение ребенка в развитие эмоциональных отношений. Многолетний практический опыт показывает, что даже в случаях глубокого аутизма при правильном поведении взрослого, т. е. при его присоединении к ребенку и следовании за ним, эмоциональный контакт возникает достаточно быстро и надежно закрепляется. И в том и в другом случае взрослый, присоединяясь к занятиям ребенка, осмысляет его случайные или стереотипные действия как намеренные и целенаправленные и соответственно реагирует на них, придавая поведению ребенка смысл игры и коммуникации.

Так же как Гринспен, мы принимаем необходимость учитывать «неврологические проблемы» ребенка и, вовлекая его в эмоциональные отношения, учитываем индивидуальные особенности сенсорного восприятия и развития «управляющих функций». В то же время наш опыт показывает, что уже в самом начале работы, эмоционально тонизируя ребенка, мы можем отчасти смягчить эти проблемы: сделать его более активным и выносливым в восприятии сенсорных и социальных впечатлений, менее зависимым от сенсорного голода. Оба подхода предполагают, что, присоединяясь к ребенку, взрослый начинает трактовать его поведение как намеренное и осмысленное. Различие же заключается в том, что в методе Флотайм делается больший акцент на осмыслении взрослым намерений ребенка и придании целенаправленности его поведению, а в эмоционально-смысловом подходе акцентируется стремление помочь ребенку более ярко пережить, выделить и лучше осознать переживаемые вместе со взрослым впечатления.

Оба подхода считают необходимым, присоединяясь к ребенку, искать возможность вовлечь его в процесс коммуникации. Флотайм выбирает для этого стратегию создания игровых препятствий, провоцирующих ребенка на обращение ко взрослому, т. е. на использование императивных и протоимперативных жестов, вокализации, слов. В эмоционально-смысловом подходе взрослый, заражая ребенка своим удовольствием и вовлекая в совместно-разделенное переживание, в большей степени направлен на стимуляцию протодекларативных обращений, невербаль-

ных и вербальных. Известно, что при общих трудностях формирования указательного жеста декларативное обращение – призыв к разделению впечатления – формируется у детей с РАС с большим трудом, чем императивное требование.

Оба подхода стремятся освободить ребенка от зависимости от стереотипных форм жизни, дать ему возможность стать более спонтанным и инициативным. Для этого во Флотайм с самого начала коррекционной работы направленно стимулируются проявления инициативности ребенка, средством для этого также предлагается стратегия препятствий, разрушающая стереотипы его поведения. В эмоционально-смысловом подходе активность и спонтанность стимулируются в процессе эмоционального тонизирования ребенка и развиваются не как альтернативы сложившимся стереотипам поведения ребенка, а внутри и под защитой часто сверхценного для него пространственного и временного порядка жизни, при поддержке внешней организацией пространства, ритма и самой структуры взаимодействия.

Оба подхода направлены на развитие эмоциональных отношений и взаимодействия с ребенком, однако вопрос «Как их развивать, “как следовать за ребенком, не идя у него на поводу?”» [1, с. 224] решается по-разному. Во Флотайм вовлечение ребенка в коммуникацию происходит с помощью стратегии препятствий – создаются затруднения в общей игре, побуждающие ребенка обращаться к взрослому и запускать коммуникационный цикл; развитие эмоциональных отношений рассматривается как развитие цепочки коммуникативных циклов, т. е. развития их формы. В эмоционально-смысловом подходе эмоциональные отношения и взаимодействие с ребенком развиваются за счет дифференциации содержания сложившихся форм контакта, обогащения его с помощью эмоционально-смыслового комментария взрослого значимыми для ребенка деталями и событиями.

Различия в подходе к оценке эффективности коррекционной работы и динамики нормализации развития ребенка заключаются в следующем. Для Флотайм показателем успеха в аффективном, когнитивном и

социальном развитии является развитие эмоциональных отношений ребенка со взрослым. Прогресс в них определяется по удлинению цепочки коммуникационных циклов, которую может поддержать ребенок. Этот количественный показатель позволяет оценить развитие инициативности во взаимодействии, возможности объединения со взрослым в решении социальных задач. Эмоционально-смысловой подход оценивает эффективность коррекционной работы в соответствии с качественными характеристиками развития аффективной сферы ребенка. Оценивается успешность поэтапного введения в аффективный опыт ребенка все более сложных, активных и качественно различающихся переживаний, обеспечивающих ему развитие отношений с людьми и со средой в целом, как в постоянных, так и в изменчивых условиях.

Значительные различия можно отметить в понимании роли взрослого в коррекционном развитии ребенка. В стратегии Флотайм взрослый создает эмоционально насыщенную ситуацию взаимодействия и становится в ней партнером, провоцирующим инициативность и развивающим целенаправленность ребенка в коммуникации и взаимодействии [1]. В эмоционально-смысловом подходе взрослый, эмоционально тонизируя ребенка, вовлекает его в совместно-разделенное переживание происходящего и помогает ему сформировать индивидуальный аффективный опыт как основу развития отношений со средой и людьми [4].

Рассматривая эти существенные различия в коррекционной работе, хочется, однако, выразить убеждение, что на практике взрослый, помогая развитию ребенка, всегда в той или иной степени совмещает эти роли, в зависимости от ситуации и особенностей ребенка, более стремясь его заинтриговать и «растормошить» или передать ему свою более полную и конструктивную эмоциональную оценку происходящего.

Литература

1. Гринспен С. На ты с аутизмом: использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления / С. Гринспен, С. Уидер. – М.: Теревинф, 2013. – 512 с.

2. Никольская О.С. Психологическая классификация типов детского аутизма / О.С. Никольская // Вопросы психологии. – 2017. – № 5. – С.14 – 25.

3. Никольская О.С. Детский аутизм как системное нарушение психического развития ребенка / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская // Вопросы психологии. – 2017. – № 3. – С. 17 – 28.

4. Никольская О.С. Коррекция детского аутизма как нарушения аффективной сферы: содержание подхода / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская // Дефектология. – 2014. – № 4. – С. 23 – 33.

5. Никольская О.С. Аутичный ребенок: пути помощи. / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 1997. – 342 с.

Компетентностно-ориентированные задания по теме «Современные подходы / стратегии внедрения вариативных моделей образования лиц с РАС»

1. Подготовьте аннотации современных статей по данной теме.
2. Охарактеризуйте современные подходы к коррекции расстройств аутистического спектра.
3. На основе проведенного сопоставительного анализа отечественных и зарубежных современных исследований подготовьте литературный обзор на тему «Эффективные модели/технологии образования детей с аутизмом».
4. Изучите отечественный и зарубежный опыт реализации эффективных моделей сопровождения лиц с аутизмом, подготовьте аналитический отчет.
5. Заполните таблицу:

Название модели	Цель и задачи	Особенности	Методы и приемы	Критерии эффективности

Раздел 3. Психолого-педагогические условия сопровождения лиц с РАС

Васягина Н.Н. Психолого-педагогические аспекты реабилитации детей с расстройством аутистического спектра в условиях дошкольного образования / Н.Н. Васягина, Е.Н. Григорян, Е.А. Казаева // Национальный психологический журнал. – 2018. – № 2 (30). – С. 92–101.

Аннотация

Актуальность. Во всем мире наблюдается рост числа детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Неоднозначность причин, вызывающих данное нарушение развития, отсутствие возможности оказания эффективной медицинской помощи (по данным медицинских исследований полное излечение от аутизма не представляется возможным) актуализирует необходимость поиска немедикаментозных способов компенсации проявлений болезни. Решение данной задачи возможно при определении эффективных механизмов обучения ребенка жизни в социуме.

Цель исследования – разработка комплексной модели реабилитации детей, имеющих РАС в условиях дошкольной образовательной организации на основе анализа различных методов коррекции РАС, получившие распространение в США, Европе и России. Рассматриваются возможности и ограничения их применения в условиях дошкольной образовательной организации.

Описание хода исследования. Авторы рассматривают собственную модель реабилитации ребенка с РАС, созданную на основе использования непосредственного практического опыта работы с конкретным ребенком, страдающим аутическим расстройством. Описываются условия реализации этой модели в условиях дошкольного образования: создание специально организованной среды, позволяющей компенсировать отсутствующие навыки и облегчить адаптацию ребенка, психо-

лого-педагогическое сопровождение всех субъектов инклюзивного образования и командная работа с ребенком с РАС специалистов разного профиля (педагога-психолога, логопеда, дефектолога).

Результаты. На основе анализа зарубежного и отечественного опыта реабилитации разработана комплексная модель реабилитации ребенка с РАС в условиях образовательной организации. В построении индивидуального реабилитационного маршрута ребенка с РАС учтена специфика имеющегося нарушения (мутизм), особенности его адаптации и поведения, сопутствующие нарушения, осложняющие ход развития, возможности и потребности семьи, а также ресурсы образовательной организации. Основные акценты в реабилитационной работе сделаны на развитии эмоциональной сферы и коммуникативных навыков.

Выводы. Реабилитационная работа с ребенком с РАС в условиях образовательной организации будет эффективной, если ее проводить комплексно группой специалистов по четырем основным направлениям: коррекционная работа с ребенком, развивающая работа со сверстниками, просветительская работа с педагогами и поддержка родителей такого ребенка.

Ключевые слова: аутизм, ранний детский аутизм, расстройство аутистического спектра, реабилитация, адаптация, коррекция.

Проблема реабилитации детей с расстройством аутистического спектра не только в России, но и во всем мире становится все более актуальной. Это связано с увеличением количества таких детей в общеобразовательных и специальных учреждениях образования, накоплением опыта дифференциальной диагностики и коррекционной работы. Возникает необходимость создания условий для адекватного физического, умственного, духовного и социального развития таких детей, их реабилитации и интеграции в общество.

Впервые аутизм как самостоятельное расстройство был описан в середине XX в. американским психиатром Лео Каннером (Kanner, 1942). Через год в 1944 г. Ганс Аспергер (Asperger, 1944) опубликовал

первое описание синдрома «аутистическая психопатия», позже названного в его честь. Первый, наиболее полный подход к определению детского аутизма в советской науке был предложен Самуилом Мнухиным, который выдвинул концепцию органического генеза аутизма (Мнухин, 1967).

Еще 20 лет назад считалось, что на 10 тысяч детского населения приходится от 5 до 26 случаев аутизма. Сегодня по всему миру наблюдается стремительный рост числа детей с РАС – увеличение происходит на от 10% до 17% каждый год (в 1990 году был диагностирован 1 из 1600 детей, а в 2008 году уже на 150 детей приходится один случай аутизма). По данным New report from the Center for Disease Control and Prevention из 68 детей один имеет расстройство аутистического спектра. 78% случаев аутизма зарегистрировано за последние пять лет. По данным международных организаций ситуацию осложняет неясность причин, вызывающих данное нарушение развития, отсутствие возможности оказания эффективной медицинской помощи.

РАС является сложным неврологическим расстройством, которое характеризуется заметной гетерогенностью (Brian et al., 2016). Расстройства аутистического спектра являются первазивным нарушением – аутизм захватывает все стороны жизни ребенка. Это, в первую очередь, трудности социального взаимодействия, которые проявляются в трудностях восприятия и обработки сенсорной информации, в нарушениях речи и коммуникации, в наличии ограничений собственной активности (в том числе в стереотипных формах поведения), в узости круга интересов и т.д. (Лебединская, Никольская, 1991). Таким образом, РАС включает достаточно широкий спектр нарушений в развитии, приводящих к осложнению нормального взаимодействия ребенка с окружающим миром. При этом общим для детей с РАС является тот факт, что все они испытывают трудности в трех областях (так называемая «триада нарушений при аутизме»): нарушения социальной коммуникации, ограни-

ченность социального взаимодействия и сложности с социальным воображением.

Разделяя обозначенный выше тезис, отечественные дефектологи и психологи ведущую роль в патологии отводят нарушениям эмоциональной сферы (Лебединский, и др., 2003), в то время как авторитетные зарубежные исследователи отмечают, что в центре самой сути аутизма находятся коммуникация и ее нарушения. Абсолютно у всех людей с РАС имеют место нарушения коммуникации, но степень и характер этих нарушений могут существенно различаться. Так, например, родители детей с аутизмом зачастую начинают подозревать, что с ребенком что-то не так, когда видят регресс речи или задержку ее развития (Short & Schopler, 1988). Именно проблемы с коммуникацией, т.е. с пониманием и развитием речи, часто становятся одной из главных причин тяжелых нарушений поведения у детей с РАС (Carr et al., 1997). Как показывает ряд исследований, отсутствие понятной, спонтанной речи в возрасте пяти лет считается поводом для неблагоприятного прогноза на будущее (Billstedt, 2007; Billstedt, Gillberg & Gillberg, 2005; Howlin, Goode, Hutton & Rutter, 2004; Shea & Mesibov, 2005).

За последние два десятилетия наука и практика изрядно продвинулись в области осознания нарушений социального взаимодействия и коммуникации у детей с РАС (Wetherby, 2006). Фиксация параметров социального взаимодействия (куда относятся, в том числе и невербальная коммуникация) и нарушений коммуникации как ключевых маркеров РАС в основных диагностических справочниках (DSM-IV и МКБ-10) существенно облегчает диагностирование названного расстройства уже на ранних стадиях развития ребенка, что, в свою очередь, имеет существенное значение для последующей реабилитационной работы.

Так, опыт реабилитации детей с РАС в развитых странах показывает, что ее эффективность напрямую зависит от начала периода оказания помощи – чем раньше оказана помощь, тем меньше времени занимает период реабилитации, и тем выше ее эффективность. Согласно результатам исследования, проведенного Rogers, Vismara, Wagner и McCormick,

раннее вмешательство дает возможность нормализации до 70 % детей группы риска (Rogers et al., 2014). Семь 10–12-месячных младенцев с риском развития РАС, получили кратковременное вмешательство, а затем наблюдались на протяжении двух лет. Диагностические тесты, проведенные по достижению детьми четырехлетнего возраста, показали, что у шести из семи детей не обнаружены индикаторы РАС, в отличие от выборки детей группы высокого риска, не учувствовавших в программе. Большинство из них получили диагноз РАС. В связи с этим, Christensen, Baio, Naarden, Bilder van и Charles рекомендуют понизить возраст первой диагностики РАС (Christensen et al., 2012). С 2020 года дети группы риска должны диагностироваться не позднее трех лет, а реабилитация начинаться не позднее четырехлетнего возраста.

На сегодняшний день в мировой практике разработано множество эффективных методов реабилитации детей с РАС. Среди них методы поведенческой модификации АВА, Floortime, методики TEACCH, PECS, методики развития речи, двигательной коррекции, сенсорной интеграции и многие другие (Lovaas, 1987; Schopler & Reichler, 1971; Mesibov, Shea, Schopler, 2004; Greenspan & Wieder, 1997; Howlin, 1989; Howlin et al., 2004; Howlin, 2006; Howlin et al., 2007). Широкое признание в странах Европы и США получили комплексные программы ранней реабилитации детей с РАС. Все они ориентированы на достижение схожих целей – обучение детей навыкам взаимодействия с окружающим миром (Solomon et al., 2007), хотя акценты в разных программах могут отличаться. Так, в отечественных программах реабилитации основным направлением работы является коррекция аффективной сферы, эмоциональное тонизирование ребенка. Содержание аналогичных программ, разработанных зарубежными авторами, направлено преимущественно на социальное и когнитивное развитие, формирование навыков вербального и невербального общения, адаптацию к социуму и повышение компетентности в двигательной активности, а также минимизацию трудностей поведения. Структурирование среды, деятельности, создание ситуации успеха также являются неотъемлемой частью этих программ.

Существенным условием формирования у ребенка с РАС необходимых навыков поведения и преодоления отставания в развитии является интенсивное раннее вмешательство. Так, обучение по системе АВА предполагает ежедневные занятия ребенка с группой специалистов разной направленности (психологом, дефектологом, логопедом и т.д.), контроль за работой, который осуществляет супервизор. Специалисты поочередно проводят занятия с ребенком на протяжении двух-трех часов, реализуя пять-шесть программ. В среднем нагрузка составляет 20–40 часов в неделю. А в программе The P.L.A.Y. Project интенсивное вмешательство должно осуществляться по 25 часов в неделю. Ребенок вовлекается в игровое взаимодействие с родителем или специалистом, в котором они исполняют роль учителя или партнера по игре.

Заметим, что во всех упомянутых выше программах подчеркивается важность именно раннего начала коррекционной работы с детьми с РАС. Так, программа The P.L.A.Y. Project считается наиболее эффективной для детей в возрасте от 1,5 до 5 лет. Исследование, проведенное Ловаасом в 1987 году, показало, что методы поведенческой модификации (АВА), применяемые к детям в дошкольном возрасте от 2 до 6 лет, приводят к уникальным результатам. Около половины детей с аутизмом достигали уровня нормального интеллектуального развития и получили возможность учиться в обычной образовательной школе без помощи тьюторов. У остальных детей, за редким исключением, наблюдалось значительное развитие интеллектуальных способностей, улучшение речевых и коммуникативных навыков. Дети, у которых расстройство аутистического спектра диагностировалось в раннем возрасте, успешно проходят подготовительную программу и идут в первый класс общеобразовательной школы (Lovaas, 1987).

Помимо использования традиционных подходов к коррекционной работе с детьми с РАС, в последнее время во многих странах мира с большим успехом проводится социализация и социальная реабилитация таких детей с использованием технологий виртуальной реальности

(Serious, 2013; Cheng, Ye, 2010; Fabri et al., 2007). Разработанные американскими исследователями виртуальные среды для детей четырех-пяти лет с высокофункциональным аутизмом, позволяют тренировать навыки коммуникации в различных социальных ситуациях. В процессе работы с симулятором детям необходимо распознавать язык тела и мимику аватаров, общаться с ними в группе детского сада и взаимодействовать на дне рождения. Результаты обучения с использованием различных виртуальных сред показали, что коммуникативная компетентность детей последовательно повышалась с переходом от одной задачи к другой.

Неотъемлемой частью реабилитационного процесса детей с РАС является привлечение родителей, которые рассматриваются как важнейшие партнеры в коррекционной работе. Важно, чтобы родители ребенка были неотъемлемой частью команды, работающей с ребенком, взаимодействовали с ним на основе выработанных принципов обучения и помогали ему обобщить все навыки, которые он получает в процессе работы со специалистами. Удачный пример обучения родителей осуществлению интенсивного развивающего воздействия на маленьких детей представлен в программе The P.L.A.Y. Project. Согласно программе ТЕАССН, идеальной ситуацией для ребенка с РАС является развитие и жизнь в семье. Семья является «естественной средой существования» для аутичного ребенка. Залогом успеха терапии при этом является просвещение родителей, разъяснение особенностей аутизма, в том числе и невозможности полностью его вылечить. Работа с родителями направлена на формирование у них такого менталитета, который позволяет принимать аутистические расстройства не как патологию, а как особый, но равноценный и равнозначный норме вариант развития ребенка (Schopler & Reichler, 1971; Mesibov, Shea, Schopler, 2004).

Таким образом, в мировой науке и практике накоплен опыт успешной реабилитации детей с РАС посредством организации ранней диагностики, ранней коррекционной помощи, ранней социализации и системы поддержки семей. Однако, диапазон выраженности наруше-

ний в развитии у детей с РАС невероятно широк, что значительно осложняет создание единых стандартов помощи для всех детей данной целевой группы. Поэтому, всякий раз при работе с ребенком с РАС возникает необходимость построения индивидуального реабилитационного маршрута. При этом необходимо учитывать множество факторов: вариант и выраженность имеющегося нарушения, особенности адаптации и поведения, наличие или отсутствие сопутствующих нарушений, осложняющих ход развития, возможности и потребности его семьи, ресурсы образовательной организации и т.д.

Именно поэтому обобщение практического опыта, анализ эффективных стратегий реабилитации детей с РАС, используемых специалистами, и построение собственных моделей становятся ключевыми проблемами психологов, работающих в образовательных организациях.

Мы столкнулись с данными проблемами, когда в одно из дошкольных образовательных учреждений, являющееся стажировочной площадкой Уральского государственного педагогического университета, поступил четырехлетний Максим Х. (имя и фамилия ребенка изменены). Адаптация его к ДООУ была сложной и длительной – ребенок в течение месяца пребывания в группе отказывался есть, ходить в туалет, ложиться спать. Не участвовал в играх с другими детьми, не реагировал на речь окружающих, при попытке поговорить замирал и отворачивался. Не смотрел в глаза, не проявлял эмоциональные реакции. Ребенок отказывался вступать в контакт с логопедом и воспитателем. В контакт с психологом вступил не сразу, причем зачастую этот контакт носил нестабильный, поверхностный характер. Интерес к контакту со взрослым у ребенка отсутствовал. Фиксировалось эпизодическое общение со сверстниками, при этом инициатива исходила от других детей. В процессе общения он не смотрел в глаза, отворачивался. Отмечалась бедность мимики и жестов. Навыки социализации не соответствовали возрастной норме.

Эмоциональная реакция у ребенка на ситуацию общения проявлялась в виде настороженности, безразличия. При поощрении и одобрении

он демонстрировал равнодушие. После сделанного замечания отказывался от дальнейших действий, замыкался. В случае неудач наблюдался пассивный уход от выполнения задания.

Отмечалась слабая выраженность и отсутствие понимания основных эмоций (радости, грусти, злости и т.д.). В процессе совместной деятельности с детьми он обращал внимание на демонстрируемые ими эмоции и копировал их.

В ходе беседы с мамой было выяснено, что Максим Х. – второй ребенок в семье. Старший сын без особенностей развития. Отец ребенка погиб, когда мать была беременна вторым ребенком (1-й триместр). Ребенок воспитывается мамой. Наблюдается сильная эмоциональная привязанность к матери. Ребенок без мамы отказывался посещать любые общественные места (поликлинику, торговый центр, ходить в гости), с трудом оставался с бабушкой. Мама объясняла особенности ребенка излишней застенчивостью и капризами.

По решению консилиума дошкольной образовательной организации Максиму было дано направление на психолого-медико-педагогическую комиссию, по результатам прохождения которой ребенку был поставлен диагноз РАС (мутизм). В связи с этим, встала задача поиска эффективных форм реабилитации ребенка в условиях дошкольной образовательной организации.

Разработка модели реабилитации детей с расстройством аутистического спектра

На основе анализа зарубежного и отечественного опыта реабилитации детей с РАС, нами была разработана комплексная модель реабилитации, в которой учитывалась специфика аутистического спектра в целом и мутизма, как одного из его проявлений. Основные акценты в реабилитационной работе были сделаны на развитии эмоциональной сферы и коммуникативных навыков.

Обязательными условиями реализации модели психолого-педагогической реабилитации являются: во-первых, создание в образовательной организации специально организованной среды, по-

звляющей компенсировать отсутствующие навыки и облегчить адаптацию ребенка (структурированное и стабильное пространство, визуальное расписание в группе и в кабинете специалиста). Во-вторых, психолого-педагогическое сопровождение всех субъектов инклюзивного образования (ребенок, педагоги, родители, сверстники). В третьих, командная работа с ребенком с РАС специалистов разного профиля (педагога-психолога, логопеда, дефектолога).

Методологической основой модели послужили следующие принципы:

- принципы LEAP-терапии, предполагающей пребывание аутичного ребенка в среде типично развивающихся сверстников;
- принципы TEACCH подхода, предполагающие не только адаптацию ребенка с РАС к миру, но и создание соответствующих его особенностям условий пребывания в ДООУ (четкое структурирование пространства и времени через различные формы расписаний), опора на визуализацию;
- принципы метода АВА, согласно которому все сложные навыки, включая речь, творческую игру, умение смотреть в глаза и другие, необходимо разбивать на мелкие блоки – действия;
- принцип комплексности В.В. Лебединского, К.С. Лебединской, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинга;
- принцип привлечения родителей ребенка с РАС к коррекционной работе в качестве равноправных партнеров (согласно программам The P.L.A.Y. Project, TEACCH, LEAP, АВА).

Модель психолого-педагогической реабилитации включает четыре блока: работа с ребенком с РАС, работа с семьей, работа с педагогами образовательной организации, работа с детьми инклюзивной группы. Рассмотрим специфику каждого из блоков подробнее.

1. Основной целью первого блока программы, направленной на реабилитацию ребенка с РАС, является содействие его адаптации к социуму и минимизации поведенческих трудностей при взаимодействии со взрослыми и сверстниками. Достижение указанной цели осу-

ществлялось в процессе последовательного решения ряда задач, начиная со взаимной адаптации сотрудников ДООУ и психолога, установления эмоционального контакта и до развития коммуникативных навыков и познавательной деятельности, расширения практического опыта ребенка, увеличения объема знаний и представлений об окружающем мире, формирования целенаправленных предметных действий и построение пространственно-временной структуры занятий.

Стратегия реабилитационной работы включала четыре этапа.

На первом этапе (предварительном) осуществлялся первичный прием и сбор психологического анамнеза. В начале работы с ребенком для первичного скрининга симптомов аутизма, нами была использована шкала С.А.Р.С. Данная шкала является рейтинговой и базируется на клинических наблюдениях за поведением ребенка. При обследовании были задействованы как текущие наблюдения за ребенком психолога и воспитателя, так и уже накопленная информация о поведении, социальных навыках и коммуникациях ребенка, собранная в ходе анамнестической беседы с мамой. В результате была предположена легкая или средняя степень РАС. Предварительно, согласно классификации, предложенной О.С. Никольской, Максим Х. был отнесен к четвертой группе РАС.

Второй (адаптационный) этап включал в себя реализацию углубленной диагностики. Для диагностики развития высших психических функций (ВПФ) и уровня развития интеллекта в целом нами были использованы: тест «Цветные прогрессивные матрицы Равена» и комплект материалов «Экспресс-диагностика в детском саду: комплект материалов для педагогов-психологов детских дошкольных образовательных учреждений» Н.Н. Павлова, Л.Г. Руденко.

Углубленная диагностика позволила зафиксировать следующие особенности психического развития ребенка. Общая осведомленность в пределах возрастной нормы. Восприятие: «Разрезные картинки» собирает – узнает по частям изображенный предмет и собирает самостоятельно путем зрительного соотнесения. Различает геометрические фи-

гуры, основные цвета. Зрительное восприятие формы соответствует возрастной норме. Уровень непосредственной образной памяти средний. Испытывает трудности при составлении рассказов и выкладывании последовательных картинок. Не понимает сюжет в целом, не устанавливает причинно-следственные связи, лежащие в основе изображенной ситуации. Знает основные категории предметов (посуда, одежда, фрукты, овощи, транспорт, мебель), группирует предметы по их функциональному назначению, обобщает. Наглядно-образное мышление развито в пределах возрастной нормы. Уровень развития как вербального, так и невербального воображения низкий. Внимание устойчивое. Уровень сформированности пространственных и образных представлений средний.

В целом, по комплекту «Экспресс-диагностика в детском саду: комплект материалов для педагогов-психологов детских дошкольных образовательных учреждений» Н.Н. Павлова, Л.Г. Руденко ребенок набрал 12 баллов, что соответствует среднему уровню. По тесту «Цветные прогрессивные матрицы Равена» он набрал 13 баллов (48% для данной возрастной группы), что соответствует уровню «III-» - 3 – «средний интеллект» (для возрастной группы 6–6,5 лет средний балл – 18, разброс нормы 13–27 баллов).

Следует отметить, что на данном этапе работа с Максимом осуществлялась преимущественно в индивидуальном режиме. Основным достижением данного этапа явилось установления контакта между педагогом-психологом и ребенком, что позволило провести углубленное психологическое обследование и уточнить стратегию дальнейшей реабилитационной работы.

В рамках реализации третьего этапа (частичная инклюзия), Максим Х. посещал коррекционные занятия в мини-группе (2–3 человека). В ходе психолого-педагогической коррекции основной акцент был сделан на стабильности среды и ритуальности построения занятий. В занятиях использовались принципы LEAP-терапии, элементы АВА-терапии, визуальное расписание, песочная терапия. Работа была направлена на адап-

тацию к социуму и развитие высших психических функций, минимизацию трудностей поведения. Основопологающим в нашей работе стал принцип комплексности, предложенный в работах В.В. Лебединского, К.С. Лебединской, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинга.

Основная реабилитационная задача данного этапа заключалась в формировании адекватного уровня эмоционального взаимодействия специалистов с Максимом. При этом стратегия работы предполагала постепенное усиление эмоциональной связи. Вначале специалисты избегали прямого обращения к ребенку и давления на него. Далее первичная коммуникация была организована на адекватном для ребенка уровне в рамках его активности (например, работа в интерактивной песочнице проводилась при отсутствии зрительного контакта специалиста и ребенка). Затем, по мере установления контакта, внимание ребенка постепенно направлялось на процесс, тем самым появлялась возможность совместного контакта (ребенок, увлекшись работой в песочнице, продолжал взаимодействие со специалистом, находясь в ситуации зрительного контакта со взрослым). После закрепления у ребенка потребности в контакте, когда взрослый становится положительным аффективным центром ситуации, мы начали подключать к работе с ребенком других специалистов (логопеда и дефектолога), что позволило автоматизировать полученные навыки.

Основными достижениями данного этапа стали, во-первых, включение ребенка в коррекционные занятия в группе сверстников, и во-вторых, автоматизация навыков общения со взрослыми.

Четвертый этап (полная инклюзия), позволил полностью включить ребенка в инклюзивную группу.

Практически два года комплексной и целенаправленной коррекционной работы дали свой положительный результат. Благодаря совместным усилиям семьи, педагогов и специалистов ДООУ, отмечается стойкая положительная динамика развития ребенка. В настоящее время Максим Х. идет в детский сад спокойно, легко расстается с мамой, проводит целый день в группе, посещает все занятия, включается в режим-

ные моменты и фронтальную непосредственную образовательную деятельность (НОД). Вне детского сада он посещает школу будущего первоклассника, где на занятиях остается один, выполняя все требования педагога. Согласно итоговой диагностике, развитие его высших психических функций соответствует возрастной норме развития.

2. Основная идея второго блока программы основана на постулате о том, что важнейшим элементом успешной реабилитации является привлечение к работе родителей ребенка с РАС как активных участников образовательного процесса. Способами включения родителей могут быть индивидуальные и групповые консультации, мастер-классы или семинары. Родители должны иметь возможность посещать вместе с детьми коррекционные занятия, что будет, с одной стороны, способствовать расширению запаса их педагогических компетенций, с другой – позволит им проследить динамику развития своего ребенка.

Психолого-педагогическая поддержка семьи Максима, в первую очередь, была направлена на принятие мамой того факта, что Максим особенный, и расстройство невозможно полностью вылечить, но, что это в целом равноценный и равнозначный с нормой вариант развития ребенка. Мама, стараясь, как ей казалось, облегчить ребенку адаптацию и вхождение в детский коллектив, уменьшить на него нагрузку при первой же возможности оставляла Максима дома. Гиперопека ребенка со стороны мамы и частые длительные (3–6 недель) перерывы в посещении детского сада приводили к ухудшению состояния Максима и потере им ряда навыков. Ребенок замыкался, отказывался от общения, наблюдались сложности в выполнении режимных моментов. Поэтому было решено усилить просветительское направление работы, чтобы ознакомить маму с особенностями развития детей с РАС, добиться осознания ею необходимости автоматизации в обычной жизни навыков, сформированных на занятиях со специалистами и оптимизировать стиль воспитания в семье. Дальнейшая работа с мамой велась по нескольким направлениям: снижение переживаний, связанных с психологической травмой

от рождения «особого» ребенка, нормализация семейных отношений, расширение микросоциальных связей.

3. Третий блок программы направлен на работу с педагогическим коллективом. Необходимость включения данного блока была вызвана тем, что основной трудностью в организации обучения и воспитания Максима Х. в детском саду стала неготовность педагогов дошкольной образовательной организации к работе с детьми с РАС. Опрос, проведенный нами, показал, что большинство педагогов (89%) считают, что дети, имеющие особые возможности здоровья, должны находиться в специальных (коррекционных) дошкольных образовательных учреждениях. 100% педагогов отмечали, что нуждаются в информационной, методической и психологической помощи при реализации обучения ребенка с РАС. Педагоги недостаточно информированы об особенностях детей с РАС, о специфике индивидуального подхода к организации среды для такого ребенка, воспитательного и образовательного процесса. Это привело к ряду ошибок, затруднивших коррекционную работу. Так, Даниил А., друг Максима, передал воспитателю просьбу Максима о том, что он хочет спать на соседней с Даниилом кровати. Во время тихого часа Максим стал постоянно будить Даниила и просить отвести его в туалетную комнату. У Максима была сформирована схема прохода от старой кровати, а с нового места он самостоятельно дойти не мог. Таким образом, успешная интеграция в детский коллектив и эффективная реабилитация ребенка с РАС невозможна без создания специальных условий в дошкольной образовательной организации, к которым в первую очередь относится компетентность персонала образовательной организации.

Работа с педагогами была направлена на повышение их информированности по вопросам инклюзивного образования, на формирование у них специальных компетенций, позволяющих не только понимать и учитывать особенности развития детей с РАС, но и владеть методами, позволяющими развивать навыки социального взаимодействия, устранять нежелательные формы поведения. Основными формами по-

вышения компетентности сотрудников явились курсы повышения квалификации, семинары, а также индивидуальные консультации.

4. В четвертом блоке программы основное внимание уделялось работе, направленной на развитие толерантности и эмпатии в группе детей, которую посещал Максим. Потребность во включении данного блока в реабилитационную модель была обусловлена еще одной сложностью, с которой мы столкнулись в процессе работы – интолерантность к нему со стороны сверстников. Многие, не понимая особенностей Максима, видя, что он не отвечает на агрессивное поведение, толкали его, кричали, забирали у него игрушки.

Важным методом диагностической и коррекционно–развивающей работы в данном направлении стало наблюдение, которое позволило зафиксировать особенности взаимодействия детей в группе, их коммуникативные и моторные особенности, игровые возможности, а также динамику изменений. Наблюдение за свободной игрой детей в группе позволило нам выделить двух сверстников, от контактов с которыми Максим не отказывался. В свою очередь, ребята старались привлекать Максима к своим играм. Эти дети были включены в мини- группу для коррекционных занятий на этапе частичной инклюзии, что позволило преодолеть трудности общения (тревожность, заторможенность в контактах и проблемы организации диалога), а также повысить интерес к контакту со сверстниками у Максима.

Дошкольное образовательное учреждение как социальный институт имеет, на наш взгляд, большой воспитательный потенциал для формирования у детей толерантного отношения к сверстникам, имеющим особые возможности здоровья. Этот потенциал может быть реализован в процессе всех видов деятельности, и, в первую очередь, игровой, которая является ведущей в данном возрасте.

Совместная работа педагога-психолога и воспитателя по развитию толерантности была реализована по трем направлениям: специально организованная деятельность воспитателя с детьми, самостоятельная деятельность детей (свободная игра), режимные моменты. Наиболее эффек-

тивными для решения поставленных задач оказались сюжетно-ролевые игры, основной целью которых было освоение и практическое применение детьми способов толерантного взаимодействия. Это игры-занятия, созданные на материалах различных сказок и терапевтических метафор, с целью решения проблем межличностного взаимодействия в сказочных ситуациях, а также сочинение сказок и историй самими детьми, инсценировки сказок.

Важнейшим достижением данного блока работы стало принятие Максима сверстниками. Дети стали поддерживать его, зачастую выступая посредниками между ним и незнакомыми взрослыми.

Выводы. Обобщение зарубежного и отечественного опыта успешной психолого-педагогической реабилитации детей с РАС в условиях дошкольной образовательной организации позволило нам создать психолого-педагогическую модель реабилитации ребенка с РАС, которая показала свою эффективность.

Данная модель включила в себя несколько основных элементов: раннюю диагностику, коррекционно-развивающую работу с ребенком и его сверстниками, просветительскую работу с педагогами и поддержку семьи. Раннее выявление ребенка группы риска по РАС позволило в кратчайшие сроки организовать комплексную коррекционную работу группы специалистов (педагога-психолога, логопеда, дефектолога).

Повышение уровня родительской компетентности и создание условий для максимальной поддержки семьи, воспитывающей ребенка с РАС, сделало родителей активными участниками реабилитационного процесса. Формируемые специалистами навыки ребенка закреплялись в повседневной систематической работе родителей с ребенком в домашних условиях. А просвещение педагогов и детей способствовало формированию толерантного отношения к ребенку с РАС и обучению их методам оказания помощи такому ребенку в решении бытовых проблем.

Литература

1. Гайдукевич С.Е. Средовой подход в инклюзивном образовании // Инклюзивное образование: состояние, проблемы, перспективы. – Минск : Четыре четверти, 2007.
2. Дмитриева Т.П. Организация деятельности координатора по инклюзии в образовательном учреждении / Т.П. Дмитриева. – М.: Школьная книга, 2010.
3. Капустин С.А. Использование результатов исследования семей с детско-родительскими проблемами в практике психологического консультирования взрослых людей / С.А. Капустин // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2016. – №1. – С. 79–95.
4. Лебединская К.С. Ранний детский аутизм. Нарушение эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема / К.С. Лебединская. – М.: НИИ дефектологии РАО, 1992. – 125 с.
5. Лебединская К.С. Вопросы диагностики раннего детского аутизма / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М., 1988, – 236 с.
6. Лебединская К.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К.С. Лебединская, О.С. Никольская – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.
7. Начальный этап коррекционной работы с аутичным ребенком: знакомство, установление контакта // Аутизм и нарушения развития. – 2004. – № 3. – С. 26
8. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма / О.С. Никольская. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 112 с.
9. Никольская О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2007. – 288 с.
10. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / О.С. Никольская, В.В. Лебединский, Е.Р. Баенская и др. – М.: Медицина, 2003. – с. 127.
11. Морозов С.А. Детский аутизм и основы его коррекции (материалы к спецкурсу) / С.А. Морозов. – М.: СигналЪ, 2002. – 108 с.

12. Мнухин С.С. О синдроме раннего детского аутизма, или о синдроме Каннера у детей / С.С. Мнухин, А.Е. Зеленская, Д.Н. Исаев // Журнал психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967. – № 10. – С. 56–78.
13. Ранний детский аутизм / под ред. Т.А. Власовой, В.В. Лебединского, К.С. Лебединской. – М., 1981. – 321 с.
14. Ребенок в инклюзивном дошкольном образовательном учреждении : методическое пособие / под ред. Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой. – М.: РУДН, 2010. – 148 с.
15. Семаго Н.Я. Создание специальных условий для детей с расстройствами аутистического спектра в общеобразовательных учреждениях: методический сборник / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – М.: МГППУ, 2012. – 56 с.
16. Семаго Н.Я. Технология определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Н.Я. Семаго // Инклюзивное образование. Выпуск 2. – М.: Школьная книга, 2010.
17. Материалы Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута» : тезисы и аннотации докладов. Москва 2–4 июня 2014 г. – Москва, 2014.
18. Asperger, H. (1944) «Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter». Archivfür Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 76–136. doi: 10.1007/BF01837709
19. Alves, S., Marques, A., Queirós, C., & Orvalho, V. (2013) LIFE is GAME Prototype: a serious game about emotions for children with autism spectrum disorders. PsychNology Journal, 11(3), 191–211.
20. Maurice, C., Green, C. & Luce, S.C. (1996) Behavioral Intervention for Young Children With Autism: A Manual for Parents and Professionals. School Greek Boulevard, Auslin, Texas,
21. Billstedt, E. (2007). Children with autism grow up: Use of the DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication disorders) in population cohorts. Göteborg: Göteborg University.

22. Billstedt, E., Gillberg, I.C., & Gillberg, C. (2005) Autism after adolescence: Population-based 13–22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 351–360. doi: 10.1007/s10803–005–3302–5
23. Brian, J., Doyle-Thomas, K.A.R., Baribeau, D., & Anagnostou, E. (2016) Novel mechanisms and treatment approaches in autism spectrum disorder. *Discovery medicine*, 22(119), 47–54.
24. Carr, E.G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J.I., Kemp, D.C., & Smith, C.E. (1997) Communication-based intervention for problem behavior. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
25. Cheng, Y., & Ye, J. (2010) Exploring the social competence of students with autism spectrum conditions in a collaborative virtual learning environment – the pilot study. *Journal Computers & Education*, 54(4), 1068–1077. doi: 10.1016/j.compedu.2009.10.011
26. Christensen, D.L., Baio, J., Naarden, Braun K, Van Bilder, D., & Charles, J., et al. (2016) Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012’ *Surveillance Summaries*, April 1, 2016, 65(3), 1–23. Centers for Disease Control and Prevention.
27. Fabri, M., Awad Elzouki, S.Y., & Moore, D. (2007) Emotionally expressive avatars for chatting, learning and therapeutic intervention. *Human-Computer Interaction. Part III*, Vol. 4552, 275–285. doi: 10.1007/978–3–540–73110–829
28. Greenspan, S.I. & Wieder, S. (1997) ‘Developmental Patterns and Outcomes on Infants and Children with Disorders of Relating and Communicating: A Chart Review of 200 Cases of Children with Autistic Spectrum Diagnoses’. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1, 87–141.
29. Howlin, P. (1989) Changing approaches to communication training with autistic children. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 151–168. doi: 10.3109/13682828909011953

30. Howlin P., Goode S., Hutton J., & Rutter M. (2004) Adult outcomes for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 212–229. doi: 10.1111/j.1469–7610.2004.00215.x
31. Howlin, P. (2006) Augmentative and alternative communication systems for children with autism. In T. Charman & W. Stone (Eds.) *Social and communication development in autism spectrum disorders* (236–266). New York, The Guildford Press.
32. Howlin, P., Gordon, K., Pasco, G., Wade, A., & Charman, T. (2007) The effectiveness of Picture Exchange Communication System (PECS) training for teachers of children with autism: a pragmatic, group randomised controlled trial.
33. Kanner, L. (1943) «Autistic disturbances of affective contact». *The Nervous Child*. 2, 217–250.
34. Ke, F., & Im, T. (2013) Virtual-reality-based social interaction training for children with high-functioning autism. *Journal of Educational Research*, 106(6), 441–461. doi: 10.1080/00220671.2013.832999
35. (2004) The initial stage of corrective work with an autistic child: acquaintance, establishing contact. [*Autism i narusheniya razvitiya*], 3, 336.
36. Lovaas, O.I. (1987) «Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3–9. doi: 10.1037/0022-006X.55.1.3
37. Mesibov, G.B., Shea, V., & Schopler, E. (2004) *The TEACCH Approach to Autism Spectrum Disorders*. Springer.
38. Nisskaya, A.K. (2018) School readiness outcomes of different pre-school educational approaches. *Psychology in Russia: State of the Art*. 11(1), 43–60. doi: 10.11621/pir.2018.0104
39. Rogers, S.J., Vismara, L., Wagner, A.L., & McCormick, C., et al. (2014) Autism treatment in the first year of life: a pilot study of infant start, a parent-implemented intervention for symptomatic infants. *J Autism Dev. Disorder*, 44, 2981–2995. doi: 10.1007/s10803–014–2202–y

40. Schopler E. & Reichler R. (1971) «'Parents as Co-therapists in the Treatment of Psychotic Children'». Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 1(1), 87–102. doi: 10.1007/BF01537746
41. Serious, A. (2013) Game about Emotions for Children with Autism Spectrum Disorders. Psychology Journal, 11(3), 191–211. Retrieved from: [http://www.psychology.org/File/PNJ11\(3\)/PSYCHNOLOGY JOURNAL 11 3 QUEIROS.pdf](http://www.psychology.org/File/PNJ11(3)/PSYCHNOLOGY JOURNAL 11 3 QUEIROS.pdf) (accessed 22.03.2018).
42. Shea, V., & Mesibov, G. (2005) Adolescents and adults with autism. In F. Volkmar, R. Paul, A. Klin & D. Cohen (Eds.) Handbook of autism and pervasive developmental disorders (288–311), Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
43. Shor, C., & Schopler, E. (1988) Factors relating to age of onset in autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 18, 207–216. doi: 10.1007/BF02211947
44. Wetherby, A.M. (2006) Understanding and measuring social communication in children with autism spectrum disorders. In T. Charman & W. Stone (Eds.) Social and communication development in autism spectrum disorders (3–34), New York, The Guildford Press.

Дон, Г.В. Условия образования детей дошкольного возраста, имеющих РАС, в группе кратковременного пребывания / Г.В. Дон // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15. – № 4. – С. 16–25.

Аннотация. Затрагивается актуальная проблема организации образования детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра и условий предоставления им качественной психолого-педагогической и коррекционно-развивающей помощи. Перечислены цели, задачи и условия образования детей в группах кратковременного пребывания. Подробно рассмотрены предпосылки эффективной реализации образовательной программы для детей дошкольного возраста, имеющих расстройства аутистического спектра.

***Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, специальные условия, дошкольное образование, группа кратковременного пребывания.*

Обеспечение доступности качественного дошкольного образования, расширение вариативности его форм – в числе приоритетов Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы, утвержденной Указом Президента России июня 2012 г. Одной из мер, направленных на выполнение этого положения, является предоставление детям качественной психологической и коррекционно–педагогической помощи в образовательных учреждениях. Психолого–медико–педагогическое сопровождение в дошкольном возрасте позволяет обеспечить коррекцию основных недостатков в развитии ребенка к моменту начала обучения на ступени начального общего образования и таким образом подготовить его к обучению в общеобразовательном учреждении [3].

Дети дошкольного возраста, имеющие расстройства аутистического спектра, – одна из многочисленных категорий среди детей с ограниченными возможностями здоровья. В настоящее время детям дошкольного возраста с РАС психолого-медико-педагогические комиссии рекомендуют пребывание в дошкольных образовательных организациях в группах полного дня или в группах кратковременного пребывания (ГКП), что является важным шагом к их социализации и развитию. При этом у специалистов образовательных организаций возникает много вопросов о том, как помочь ребенку с РАС адаптироваться, как сделать ситуацию нахождения его в группе развивающей и обеспечивающей условия для формирования жизненных компетенций.

В период дошкольного возраста проявляется высокая вариабельность возможных сценариев развития ребенка с РАС. Выраженность нарушений может быть от незначительных до грубых, приводящих к тяжелым проблемам адаптации.

Перечислю нарушения, осложняющие включение детей с РАС в образовательную среду:

- значительные различия в развитии импрессивной и экспрессивной речи,
- стереотипные формы поведения (моторные, речевые стереотипии),
- потребность в соблюдении постоянства, высокая чувствительность к изменению привычных ситуаций,
- нарушенная чувствительность,
- низкая выносливость во взаимодействии,
- неравномерность когнитивного развития,
- дезадаптивное поведение.

Основными преградами для адаптации и включения детей с РАС в образовательную среду являются нарушения поведения, импрессивной и экспрессивной речи.

Особенности социального, речевого, сенсорного и когнитивного развития детей дошкольного возраста с РАС вызывают необходимость создания для них специальных условий, обеспечивающих эффективность обучения и воспитания.

Вариативные модели организации образования детей дошкольного возраста с РАС

В настоящее время в России выстроены и действуют пять различных моделей дошкольного образования детей с РАС:

1. Инклюзивная группа (ребенок с РАС включается в группу общеразвивающей направленности с типично развивающимися сверстниками).

2. Инклюзивная группа с использованием технологии ресурсной зоны (ребенок включается в группу общеразвивающей направленности с типично развивающимися сверстниками, индивидуальная работа ведется в ресурсной зоне).

3. Интегрированная группа (ребенок с РАС включается в группу компенсирующей направленности с детьми с другими особенностями развития).

4. Специализированная группа для детей с РАС.

5. Надомное обучение.

Цели деятельности ГКП для детей с РАС

- обеспечение коррекции нарушений развития детей,
- оказание им квалифицированной помощи в освоении программы,
- разностороннее развитие их с учетом возрастных и индивидуальных особенностей и особых образовательных потребностей,
- социальная адаптация,
- содействие родителям (законным представителям) детей с РАС в организации их воспитания и обучения.

Задачи психолого-педагогической работы в ГКП

Задачи деятельности ГКП определяются с учетом особенностей развития детей и их реальных возможностей в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогических комиссий и психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации:

- определение (выявление) индивидуальных особенностей и специфических образовательных потребностей,
- создание специальных условий, способствующих адаптации, социализации, коррекции нарушений развития детей с РАС, освоению ими адаптированной образовательной программы.

Основные принципы организации образовательного процесса

- внимательное, глубокое и всестороннее обследование ребенка,
- учет особенностей психофизического развития и индивидуальных особенностей ребенка в построении индивидуальной образовательной траектории,
- реализация междисциплинарного подхода, обеспечивающего комплексное психолого-медико-педагогическое сопровождение детей с РАС,

- принцип комплексного подхода, обеспечивающий развитие детей во всех пяти взаимодополняющих образовательных областях,
- соответствие применяемых форм, методов и средств организации образовательного процесса особенностям психофизического развития и возраста детей, их потребностям и интересам, требованиям охраны жизни и здоровья,
- дифференцированная система коррекционной работы и обучения,
- принцип систематичности оценки динамики развития детей с РАС,
- принцип сотрудничества и взаимодействия с родителями детей с РАС.

Специальные условия для получения образования детьми дошкольного возраста с РАС

Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с РАС требует специальных условий для получения образования, в том числе:

- психолого-педагогических,
- кадровых,
- организационных.

Психолого-педагогические условия реализации образовательной программы

– Проведение диагностики нарушений развития и социальной адаптации детей с РАС. Результаты психолого-педагогической диагностики используются для определения и решения задач психолого-педагогического сопровождения и проведения профессиональной квалифицированной коррекции развития детей.

– Определение целей и задач образовательной деятельности по результатам диагностики и наблюдения за ребенком в адаптационный период. Цели и задачи ставятся в соответствии с выявленным уровнем возрастного развития детей: понятные, простые, конкретные и доступные.

Объем решаемых задач образовательной деятельности определяется в соответствии с продолжительностью пребывания детей в ГКП.

– Адаптация содержания образовательной программы для детей с РАС. Содержание программы предполагает комплексность подхода, обеспечивая развитие детей во всех пяти образовательных областях. Конкретное содержание образовательных областей зависит от возрастных и индивидуальных особенностей детей, определяется целями и задачами образовательной деятельности и реализуется в различных видах деятельности [4].

– Отбор, разработка и использование специальных коррекционно-развивающих программ. В условиях подготовки детей с РАС к школе необходимой становится деятельность по формированию стереотипа учебного поведения, по обучению альтернативному поведению. Стереотип учебного поведения включает навыки, которые помогают ребенку учиться, а снятие нежелательного поведения повышает эффективность обучения.

– Отбор и использование специальных методов, приемов и средств обучения детей дошкольного возраста с РАС. В ходе коррекции нарушений развития детей с РАС применимы не отдельные методы и приемы, а комбинации целого спектра техник, которые становятся эффективными только при условии их совместного использования. К ним относятся такие как альтернативные средства коммуникации, коммуникативные книги, система подсказок и поощрений, социальные истории, видеомоделирование и др.

– Отбор и адаптация специальных дидактических материалов, адаптация заданий для разного уровня развития детей с РАС. Прием визуализации при обучении детей с РАС является одним из важных условий повышения эффективности реализации образовательной программы. В связи с этим подбираются, разрабатываются и используются самые разнообразные дидактические материалы, среди которых предметы, игрушки, картинки, природный материал, схематические изображения, фото- и видеоматериалы и многое другое.

– Организация различных форм обучения в зависимости от уровня социализации ребенка и его адаптации к условиям ГКП. Адаптация к условиям образовательной организации является крайне важным и часто непростым этапом для многих детей с РАС, особенно когда включение в детский коллектив становится первым шагом к самостоятельности, выходу из привычного окружения семьи, и переходом на другую ступень образования. Дети с тяжелыми аутистическими расстройствами, которые имеют значительные нарушения социального развития, поведения, речевой и неречевой коммуникации, нуждаются в первую очередь в обеспечении необходимого объема индивидуальных занятий, позволяющих сформировать базовые навыки. А адаптация к группе станет уже задачей следующего этапа работы. Алгоритм прохождения адаптационного периода в образовательной организации ребенка дошкольного возраста с РАС подробно раскрыт в методических рекомендациях М.В. Братковой и О.В. Караневской [1].

Для коррекционной помощи ребенку создаются условия в соответствии с программой коррекционно-развивающей работы, обеспечивающей удовлетворение особых образовательных потребностей детей с РАС. Коррекционно-развивающая работа предполагает проведение индивидуальных, подгрупповых (2–3 ребенка) и групповых форм организации занятий, требует составления графика участия в них детей.

Кадровые условия реализации образовательной программы для детей дошкольного возраста с РАС

Дети дошкольного возраста с РАС, поступающие в ГКП, имеют, как правило, разные рекомендации по образовательным программам, в том числе:

- АООП для детей с РАС,
- АООП для детей с РАС с учетом психофизических особенностей детей с ЗПР,
- АООП для детей с РАС с учетом психофизических особенностей ребенка с умственной отсталостью.

Это подчеркивает различия в развитии детей с РАС и требует проектирования индивидуального образовательного маршрута для каждого. А условия кратковременного пребывания детей в группе накладывают обязательства к большей методической компактности и целенаправленности деятельности педагогов.

Педагоги, реализующие образовательную программу в ГКП, должны иметь следующие качества и умения, формирующие компетентность:

- знание и учет особенностей детей с РАС,
- владение навыками взаимодействия с такими детьми с использованием альтернативных средств коммуникации,
- владение методами и приемами работы, направленными на формирование разных навыков и на устранение нежелательных форм поведения,
- владение навыками обучения детей по АООП, адаптации учебных материалов, навыками проведения коррекционной работы.

Командная работа педагогов и партнерские отношения с родителями обуславливают:

- включение в образовательный процесс специалистов разного профиля и самих родителей,
- учет и согласованность действий всех специалистов и родителей при реализации программы.

Дополнительные кадровые ресурсы могут быть обеспечены включением в образовательный процесс тьюторов в соответствии с рекомендациями ПМПК или родительского тьютора в соответствии с заключением консилиума организации.

Повышение квалификации специалистов – обязательное условие профессионального роста педагогов и оказания эффективной помощи.

Организационные условия реализации образовательной программы для детей дошкольного возраста с РАС.

Режим пребывания детей дошкольного возраста с РАС в ГКП определяется в соответствии с кадровыми и материально-техническими условиями организации и может составлять от 3 до 5 часов пребывания.

Наполняемость *ГКП* определяется с учетом возраста детей, их состояния здоровья, специфики образовательной программы в соответствии с требованиями СанПиН. Наполняемость ГКП для детей с РАС не должна превышать 5 детей.

Режим дня и его визуализация обеспечиваются при помощи расписаний, фотографий, предметов-символов, рисунков, пиктограмм, иллюстрирующих последовательность событий, происходящих в течение дня. Это помогает структурировать занятия и снять тревожность детей. В режиме дня выделяется время в начале дня и по его завершении для организации и проведения общего круга.

Основные режимные моменты в ГКП включают:

- приветствие детьми друг друга в кругу с представлением собственного имени. Детей учат в различных формах проявлять знаки внимания к другим людям;
- непрерывную образовательную деятельность (занятие), чередующуюся с самостоятельной деятельностью ребенка или с совместной деятельностью воспитателя с детьми,
- ритуал прощания в кругу (например, с задуванием свечи или прощальным «салютом» из детских рук).

Использование визуального режима дня означает следование структурным моментам, представленным разными видами деятельности. Сначала последовательно выкладывается изображение деятельности в каждый отдельный отрезок времени, а после ее завершения изображение убирается. В последующем выкладываются сразу все режимные моменты с изображением всех видов деятельности, а смена режимных моментов фиксируется, например, стрелкой.

Организация образовательного процесса в ГКП регламентируется расписанием занятий, разрабатываемым и утверждаемым организацией

самостоятельно. Специфика ГКП предполагает ограниченное время пребывания в ней ребенка. В связи с этим образовательный процесс в ГКП организуется максимально компактно, так, чтобы в условиях ограниченного времени не упустить из виду ни одного важного направления развития, способствовать адаптации детей к среде, социализации в коллективе сверстников и взрослых. В связи с этим время распределяется экономно, так, чтобы его хватило и для самостоятельной деятельности детей, и для развивающих занятий с педагогом, и для коррекционных занятий со специалистами.

Образовательные программы реализуются при соблюдении требований государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов через непрерывную образовательную деятельность, совместную деятельность воспитателя с детьми и через самостоятельную деятельность детей.

Максимально допустимый объем образовательной нагрузки соответствует санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», утвержденным постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 26 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 29 мая 2013 г., регистрационный № 28564) [5].

В ГКП для детей старшего дошкольного возраста продолжительность непрерывной образовательной деятельности составляет:

- не более 25 минут для детей 5–6 лет,
- не более 30 минут для детей 6–7 лет.

Максимально допустимый объем образовательной нагрузки в старшей и подготовительной группах – 45 минут и 1,5 часа в день соответственно.

Расписание занятий составляется так же как и режим дня, наглядно: с помощью фотографий, предметов-символов, рисунков, пикто-

грамм. Предмет, изображенный на визуальной подсказке, должен быть тесно связан с определенным видом деятельности и хорошо понятен ребенку.

Правила использования расписания и порядок выполнения заданий на занятии

При работе по расписанию перед началом выполнения каждого последующего вида деятельности ребенку показывают фотографию или другую визуальную подсказку с соответствующим изображением, чтобы он соотносил свои действия с расписанием. После выполнения очередного задания из расписания убирается соответствующая фотография. Это необходимо для того, чтобы ребенок понял, что данный вид деятельности завершен, и можно переходить к следующему.

Работа с расписанием и включенными в него заданиями проводится по правилам:

- в расписание необходимо всегда включать интересные для ребенка виды деятельности (наиболее интересный вид деятельности нужно помещать в конец расписания как положительное подкрепление/вознаграждение);
- задания, включенные в расписание, должны быть для ребенка доступными (трудновыполнимые задания могут провоцировать вспышки дезадаптивного поведения);
- увеличение количества заданий в расписании и их усложнение должны осуществляться постепенно и соответствовать уровню развития ребенка;
- при выполнении заданий необходимо соблюдать последовательность, указанную в расписании (смена последовательности недопустима);
- ребенка нужно хвалить и поощрять после выполнения каждого задания (это стимулирует его к дальнейшей работе);

– выполнение всех заданий, включенных в расписание, обязательно.

Занятие заканчивается только после завершения последнего задания. Отбор и использование программ, специальных методик и методических пособий для обучения и развития детей с РАС

В перечень программно-методического обеспечения должны быть включены примерная адаптированная основная общеобразовательная программа для детей дошкольного возраста с РАС и адаптированная основная общеобразовательная программа образовательной организации, на основе которых разрабатывается адаптированная образовательная программа для конкретного ребенка с РАС.

Осуществляется подбор программно-методического обеспечения по коррекции нарушений развития и адаптации детей дошкольного возраста с РАС.

В связи с тем, что у детей с РАС отмечается широкий спектр различных нарушений, в т.ч. интеллектуальные, речевые нарушения, задержка психического развития, и др., перечень программно-методического обеспечения может включать методическую литературу для работы с детьми с учетом этих нарушений.

Особенности организации развивающей предметно-пространственной среды.

Организация развивающей предметно-пространственной среды предполагает обеспечение множества условий и факторов. Перечислим.

Адаптация среды к особенностям и потребностям детей с РАС (пространство характеризуется привлекательностью, упорядоченностью и функциональностью), которая может включать:

– выбор и организацию особого рабочего места для ребенка с РАС в группе, визуальное выделение рабочего места ребенка (например, его фотографией);

– создание комфортной сенсорной среды: организацию особого освещения для детей с сенсорной гиперчувствительностью; использование специальных материалов и оборудования (утяжеляющего жилета, утяжелителя на руку, специальной балансирующей подушки, наушников); возможность проведения части занятия не на стуле, а на большом надувном мяче (фитболе) и т.п.;

– особый режим пребывания в ГКП, препятствующий переутомлению ребенка (включает постепенное увеличение времени пребывания ребенка в период адаптации и, при необходимости, сокращение времени занятия, организацию дополнительных перерывов в ходе занятия);

– удаление из зоны видимости предметов, вызывающих у детей полевое или дезадаптивное поведение;

– создание особого речевого режима на занятиях: замедление педагогом темпа речи для упрощения переработки ребенком информации и предотвращения у него сенсорной перегрузки;

– использование визуальной подсказки [7].

Визуализация среды – это использование визуальных подсказок и расписаний, которые делают для ребенка предстоящие события понятными и предсказуемыми.

Наглядные расписания используются для демонстрации:

- расписания целого дня,
- расписания занятий,
- порядка выполнения заданий на занятии,
- порядка действий при выполнении заданий и режимных моментов, состоящих из нескольких этапов (рисование, решение задачи, переодевание на занятие физкультурой).

Как отмечалось выше, визуальное расписание может быть составлено при помощи фотографий, рисунков, схематичных изображений, слов (если ребенок умеет читать). Расписание составляется в начале дня и перед началом занятия. Каждый раз, после выполнения действия, указанного в расписании, взрослый вместе с ребенком снимают с пан-

но/плаката с расписанием карточку с изображением этого действия (удобно использовать карточки на липучках или на магнитах). Впоследствии дети самостоятельно овладевают этими действиями.

Визуальные подсказки бывают трех видов:

- ориентировочные, например, маленькие фотографии ребенка или привлекательного цвета вещей, которыми он пользуется (стула, стола, шкафчика, крючка для полотенца и т.д.); обозначение помещений с помощью пиктограмм (спальня – пиктограмма со спящим ребенком; раздевалка – пиктограмма с изображением одевающегося/раздевающегося ребенка; игровая зона – пиктограмма с изображением ребенка, играющего с конструктором); портреты специалистов на дверях кабинетов для индивидуальных занятий и т.д.;

- коммуникативные, например, коммуникативные картинки в виде изображений или печатных слов «Помоги» (в учебной зоне), «Давай играть» (в игровой зоне), «Открой дверь» (на входной двери) и др.;

- социально-поведенческие (иллюстрированные правила поведения – наглядные изображения тех действий, которые можно и которые нельзя делать: например, серия картинок, иллюстрирующих социальные действия, – процесс одевания (мальчик надевает ботинки, мальчик надевает куртку, мальчик надевает шапку, мальчик выходит на улицу).

Наличие в пространстве средств коммуникации, позволяющих ребенку и окружающим его людям общаться. Например, коммуникативные доски, коммуникативные альбомы, в которых размещены:

- фотографии близких людей,
- фотографии, пиктограммы, изображающие любимые виды деятельности ребенка,
- фотографии, пиктограммы, связанные с удовлетворением физиологических потребностей ребенка (воды, туалета, различной еды);
- фотографии, пиктограммы с изображением эмоций;
- пиктограммы, иллюстрирующие базовые коммуникативные функции (в т.ч. просьбу о помощи, приветствие, отказ, согласие и т.д.).

Зонирование пространства для реализации определенных видов деятельности (учебная, игровая, двигательная, сенсорная зоны, уголок уединения и др.).

Учет интересов и потребностей детей при организации игрового пространства (среди оборудования и материалов должны быть любимые игрушки, игры и предметы ребенка; в игровом шкафу размещаются только игровые предметы и игрушки; для каждого вида игрушек выделяется отдельная полка; с целью организации социального взаимодействия создается единое, объединяющее детей, игровое пространство.

Создание специальной игровой комнаты для целенаправленного обучения детей с РАС игровым навыкам. Комната должна соответствовать следующим условиям:

- размер комнаты должен позволять проводить индивидуальные и коллективные игры, в т.ч. в кругу, для чего центр комнаты остается свободным, а крупногабаритные игровые материалы располагаются по периметру;

- игровая комната должна быть обеспечена игрушками для разных видов детских игр, что дает возможность обучения детей различным игровым действиям;

- следует размещать игры и игрушки в закрытых шкафах, чтобы не отвлекать внимание детей;

- необходимо использовать приемы разграничения для обозначения собственного игрового пространства (клеякая лента на столе, веревка на ковре, маленькие туристические коврики-пенки);

- следует обеспечить относительное постоянство в игровом пространстве (пространственное расположение игровых материалов и предметов мебели должно быть приблизительно одинаково на каждом занятии);

- необходимо предусмотреть умеренность игрового пространства (неперегруженность разнообразными игровыми материалами).

Организация учебной зоны с учетом формы работы с детьми:

- при индивидуальной работе основной принцип организации учебной зоны – ограничение пространства; стол находится непосредственно у стены, на которой закреплена доска, взрослый находится позади ребенка и помогает ему; со временем расстояние между столом и доской увеличивается, и взрослый садится перед ребенком;

– при подгрупповой форме работы столы детей располагаются рядом напротив доски; дети выполняют одинаковые задания;

– при групповой работе, в соответствии с требованиями СанПиН, для детей с РАС составляются визуальные расписания, иллюстрирующие последовательность выполнения заданий, и используются наглядные дидактические материалы.

Тьюторское сопровождение ребенка с РАС предполагает различные варианты работы:

– в соответствии с рекомендациями ПМПК в образовательный процесс включен тьютор;

– группа специалистов обеспечивает реализацию программы, принимая на себя попеременно роли педагога и тьютора,

– в качестве тьютора выступает родитель.

В последние годы в России уделяется особое внимание реабилитации и образованию детей с ограниченными возможностями здоровья. В связи с увеличением количества детей дошкольного возраста, имеющих расстройства аутистического спектра, велика вероятность нахождения такого ребенка в каждой образовательной организации. Для успешной интеграции детей с РАС необходима организация вариативных форм дошкольного образования и специальные образовательные условия, которые облегчат процесс социализации детей и позволят им получить доступ к образованию.

Литература

1. Браткова М.В. Методические рекомендации к организации и проведению адаптационного периода включения детей с расстройствами аутистического спектра в дошкольную образовательную организацию / М.В. Браткова, О.В. Караневская. – М.: Парадигма, 2016. – 45 с.

2. Морис К., Грин Д., Льюис С.К. Занятия по модификации поведения для аутичных детей: руководство для родителей и специалистов / Пер. с англ. Колс Е.К. // Behavioral Intervention for Young Children With Autism: A Manual for Parents and Professionals/Edited by Catherine Maurice, Cina Green and Stephen C. Luce / School Greek Boulevard, Auslin, Texas, 1996.

3. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы, утвержденная Указом Президента России 1 июня 2012 г. –

URL: http://www.nso.ru/sites/test.new.nso.ru/wodby/files/files/wiki/2014/01/nacionalnaya_strategiya_deistvii.rtf (дата обращения 22.01.2018).

4. Приказ Минобрнауки России от 17.10.2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» (Зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 14.11.2013 г. № 30384). – URL: <https://rg.ru/2013/11/25/doshk-standart-dok.html>. (дата обращения 22.01.2018).

5. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.1.3049–13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 26 (Зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 29 мая 2013 г., регистрационный № 28564). – URL: <http://arbitrans.ru/docs/sanpin-2413049-13/> (дата обращения 22.01.2018).

6. Хаустов А.В. Выбор образовательного маршрута для обучающихся с РАС. II Всероссийская научно-практическая конференция «Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра» / А.В. Хаустов – URL: <http://autism-frc.ru/articles/392> (дата обращения 22.01.2018).

7. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройствами аутистического спектра. Методическое пособие / А.В. Хаустов, П.Л. Богорад., О.В. Загуменная и др. / Под общ. ред. А.В. Хаустова. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016. – 125 с.

Иневаткина С.Е. К вопросу организации психолого-педагогического сопровождения дошкольников с расстройствами аутистического спектра / С.Е. Иневаткина, Н.В. Лазарева // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. – № 58 (4). – С.104–107.

Аннотация. В статье раскрывается сущность понятия «психолого-педагогическое сопровождение»; приводится характеристика детей с расстройствами аутистического спектра; описывается

процедура проведения исследования, направленного на выявление особенностей развития дошкольников с расстройствами аутистического спектра; анализируются полученные результаты. Кроме того, описывается предложенная программа психолого-педагогического сопровождения дошкольников указанной категории.

Ключевые слова: *психолого-педагогическое сопровождение, дети дошкольного возраста, дети с расстройствами аутистического спектра.*

Введение. За последние годы в системе образования Российской Федерации произошли значительные изменения относительно организации процесса обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья.

На сегодняшний день, активно внедряется инклюзивное образование, в рамках которого обучающемуся предоставляется адаптированная основная образовательная программа, составленная с учетом его индивидуальных особенностей. В зависимости от тяжести дефекта ребенок может осваивать программные требования посредством домашнего обучения, либо в коллективе сверстников. При этом, необходимо отметить, что обучающийся с ограниченными возможностями здоровья нуждается в психолого-педагогическом сопровождении. Особую категорию составляют дети с расстройствами аутистического спектра. Расстройство аутистического спектра (РАС) характеризуется спектром затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также набором специфических поведенческих актов. Обучающиеся указанной категории, нуждаются в индивидуальном подходе при проектировании программы психолого-педагогического сопровождения.

В последние годы все более активным стало распространение информации о проблемах помощи детям указанной категории. Во многом это связано с тем, что число детей с расстройствами аутистического спектра за последние годы возросло в несколько десятков

раз. Построение целостной системы помощи детям данной категории представляет собой сложный процесс, основным двигателем которого являются родительские сообщества.

Изложение основного материала статьи. В современной науке сложилось несколько подходов к понятию «сопровождение». Так, в научном обиходе термин «сопровождение» зачастую употребляется в ситуации, когда речь идет о процессе сопровождения; в случае если упоминается служба сопровождения, а также при рассмотрении методов сопровождения.

Отечественные ученые понимают под сопровождением – помощь субъекту в принятии решения в ситуациях жизненного выбора. Это сложный процесс взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого, результатом которого является прогресс в развитии ребенка. В данном контексте процесс выступает как совокупность последовательных действий, позволяющих субъекту определиться с принятием решения и нести ответственность за его реализацию [2; 3; 6].

Н. Я. Семаго и Е. А. Соломахина процесс сопровождения понимают как поддержание функционирования ребенка в условиях, оптимальных для успешного раскрытия его личностного потенциала [7, с. 5].

Под методом сопровождения понимается способ практического осуществления, в основе которого лежит единство четырех функций: диагностика возникшей проблемы; информация о существе проблемы и путях ее решения; консультация на этапе принятия решения и выработка плана решения проблемы; первичная помощь на этапе реализации плана решения.

Служба, осуществляющая психолого-педагогическое сопровождение, как правило, предоставляет комплексную помощь ребенку всех специалистов образовательного учреждения, обеспечение разнонаправленной психолого-педагогической, медико-социальной поддержки детей и их родителей.

Расстройства аутистического спектра в отечественной психологической школе рассматривается как биологически обусловленное нарушение психического развития, включающее дефицитарность аффективной и когнитивной сфер психики. Формирование этого типа дизонтогенеза связано с тяжелой дефицитарностью организации отношений ребенка с миром. Характерны нарушения отношений с предметным и социальным миром, трудности активной переработки информации; общая задержка развития представлений о повседневной окружающей действительности, их бедность, фрагментарность, разрозненность, недостаточность смысловых связей [7].

Формальное накопление знаний нередко не является трудностью для ребенка с расстройствами аутистического спектра. При этом, набор информации сам по себе, как правило, не приводит к преодолению фрагментарности картины мира, развитию компетентности такого ребенка, к развитию отношений с миром и его практическому освоению.

Накопление и осмысление эмпирического материала в этой области может послужить основой для организации эффективного психолого-педагогического сопровождения. Е. Р. Баенская, О. С. Никольская и др. отечественные авторы в своих работах подчеркивают, что одним из главных нарушений, препятствующим успешному развитию ребенка с расстройствами аутистического спектра, является нарушение адаптации и социализации в обществе. Это проявляется в недостаточном развитии, отсутствие потребности и способности к общению, проявляющееся в виде: уклонения от контакта, отставании или отсутствии разговорной речи, неспособности завязать или поддержать разговор, отсутствии диалоговых форм взаимодействия, непонимании своих и чужих переживаний и других специфических особенностях. Поэтому в настоящее время ранний детский аутизм становятся не только клинической, но, в первую очередь, психолого-педагогической проблемой [1; 5]. Ряд российских исследователей в своих работах ставят вопрос о

выявлении природы расстройства аутистического спектра. В исследованиях О.С. Аршатской, А.В. Аршатского, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг, О.С. Никольской аутизм рассматривается как результат нарушений в эмоциональной сфере детей и подростков [1; 5]. В свою очередь, экспериментальные данные, полученные в исследованиях В.М. Башиной свидетельствуют о генетических и нейробиологических корнях аутизма. Кроме того, автор указывает на взаимосвязь указанного состояния с нарушениями функций головного мозга [3, с. 154–155]. Опытнo-экспериментальная работа была организована на базе Центра продленного дня ФГБОУ ВО «МГПИ им. М.Е. Евсевьева» г. о. Саранск. В эксперименте приняли участие 9 дошкольников с расстройствами аутистического спектра 6–7 лет. Особенности развития испытуемых, принявших участие в исследовании, характеризуются нарушениями коммуникативных функций в социальном взаимодействии, наличием стереотипных поведенческих актов, ограниченным кругом интересов и видов деятельности, представленных в репертуаре дошкольников. При этом, отсутствуют грубые эмоционально-волевые нарушения, связанные с агрессивными реакциями направленными на себя и окружающих. Первым этапом был организован и проведен констатирующий эксперимент, основной целью которого было изучение уровня развития познавательной и эмоциональной сферы дошкольников с расстройствами аутистического спектра. Диагностический инструментарий был подобран исходя из конкретных задач. Так, для исследования особенностей эмоционально-волевой сферы были предложены диагностические методики: «Наблюдение», «Узнай эмоции». Исследование уровня сформированности познавательной сферы осуществлялось с помощью следующих диагностических заданий: «Сосчитай и запомни» (исследование уровня сформированности памяти); «Лабиринт» (исследование уровня сформированности внимания); «Четвертый лишний», «Логическая цепочка» (исследование уровня сформированности мышления). При исследовании особенностей эмоционально-

волевой сферы, в первую очередь осуществлялось наблюдение за поведением испытуемого. В качестве основных критериев выступили следующие: наличие или отсутствие устойчивых дефицитов в социальной коммуникации и социальном взаимодействии; наличие или отсутствие стереотипных или повторяющихся моторных движений, повторяющихся фраз. Кроме того, с целью исследования особенностей развития эмоционально-волевой сферы было предложено задание, в рамках которого предлагалось определить эмоциональное состояние другого человека по картинке. Анализ результатов позволяет говорить о том, что у большинства испытуемых (77,8 %), поведение характеризуется отрывом от реальности, отгороженностью от мира, отсутствием или парадоксальностью реакций на внешние воздействия, пассивностью и сверххранимостью в контактах со средой. Эмоции выражаются слабо, в поведении присутствуют стереотипные реакции. Кроме того, были обнаружены дефициты в невербальном коммуникативном поведении, используемом в социальном взаимодействии, которые проявлялись в отсутствии зрительного контакта и отсутствии мимики и жестов.

Задание, в котором необходимо было определить по картинке эмоциональное состояние другого человека, выполнить не удалось: испытуемые механически, практически не глядя на картинку брали первую попавшуюся карточку, предложенную помощь экспериментатора не использовали, в контакт с ним не вступили. У незначительной части испытуемых (22,2 %) поведение характеризовалось импульсивностью, наличием дефицитов в установлении и поддержании социальных взаимоотношений, потребностью в следовании правилам или схемам поведения, трудностями в общении с экспериментатором в рамках выполнения задания, но при этом отсутствовали стереотипные или повторяющиеся моторные движения, повторяющиеся речевые шаблоны. При выполнении задания, предложенная экспериментатором помощь использовалась, что позволило частично его выполнить.

Следующим этапом было организовано исследование, направленное на определение уровня сформированности познавательной сферы. Для проведения диагностического задания на исследование уровня развития памяти, экспериментатор предлагал детям картинки с изображением овощей и шариков. Испытуемые должны сосчитать сколько на карточке предметов (овощей или шариков) и запомнить их количество. Затем экспериментатор переворачивает карточку и предлагает вспомнить что было изображено на карточке и в каком количестве. Результат, полученный с помощью данного диагностического задания позволил определить, что испытуемые умеют считать только до пяти, а процесс запоминания избирателен, смысловое запоминание мало доступно. Также наблюдается недостаточная быстрота и прочность запоминания. Смысловое запоминание и воспроизведение возможно только с помощью педагога. Большая часть испытуемых (77,8 %) не смогли выполнить задание, помощь экспериментатора не использовали. Отрадно, что 22,2 % дошкольников с расстройствами аутистического спектра при выполнении задания использовали помощь экспериментатора, что позволило справиться с заданием. Так, объем зрительной памяти испытуемых составил 2–3 образа. При воспроизведении были допущены ошибки и неточности. Далее был исследован уровень сформированности внимания. Детям предлагалась карточка с изображением лабиринта. В предъявляемом экспериментатором задании говорилось о необходимости помочь персонажу-белочке добраться до своего домика. Перед началом выполнения задания экспериментатор подробно объяснил, что белочка может выбрать любую из имеющихся трех дорожек, но только одна из них ведет к ее домику. Полученные результаты, свидетельствуют о том, что большинство дошкольников с расстройствами аутистического спектра (66,7 %) не смогли выполнить, описанное выше задание. Многие действовали с карточкой, не учитывая озвученную инструкцию, при выполнении задания дети не фиксировали внимание на объекте. Концентрация, продуктивность и устойчивость внимания зна-

чительно ниже возрастной нормы. Лишь 33,3 % испытуемых частично выполнили задание с помощью экспериментатора после многочисленного повторения, показа и направляющей помощи. Дошкольники при выполнении задания сбивались, возвращаясь в начало пути. При этом, объем внимания ограничен, концентрация ниже возрастной нормы.

Для исследования уровня сформированности мышления были предложены следующие методики: «Четвертый лишний»; «Логическая цепочка»; «Понимание смысла на картин с изображением нелепых ситуаций». У большинства испытуемых (77,8 %) уровень мышления низкий. Так, при выполнении задания «Четвертый лишний» дошкольники с расстройствами аутистического спектра затрудняются при выборе лишнего предмета. При рассматривании карточки застревают на одном предмете, выделяя его в качестве лишнего, в том числе после многочисленного обучения и конкретного указания экспериментатора. Сложности возникают и при выполнении диагностического задания «Логическая цепочка». На просьбу экспериментатора продолжить ряд указывают на предметы спонтанно, не пытаясь понять логику смены предметов ряду. Более высокие результаты отмечены у 22,2 % дошкольников с расстройствами аутистического спектра. Предложенные диагностические задания были выполнены с помощью экспериментатора. Лишний предмет обнаружен после проведенного обучения; логическая цепочка была продолжена по образцу, составленному совместно с экспериментатором. Результаты, полученные на этапе констатирующего эксперимента, позволяют говорить о том, что у большинства испытуемых поведение характеризуется следующими особенностями: наблюдается отрыв от реальности, отгороженность от мира, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверххранимость в контактах со средой. Эмоции выражаются слабо, в поведении присутствуют стереотипные реакции. Также обнаруживаются дефициты в невербальном коммуникативном поведении, используемом в социальном взаимодействии: отмечается отсутствие зрительного контакта, отсутствие ми-

мики и жестов. Кроме того, испытуемые не способны самостоятельно определить эмоциональное состояние другого человека, при этом не проявляют интереса к эмоциональному состоянию другого. Лишь у части дошкольников с расстройствами аутистического спектра наблюдаются поведенческие акты, характеризующиеся попытками поддержания взаимодействия с экспериментатором. Испытуемые участвуют во взаимодействии, которое было инициировано со стороны взрослого, используют предложенную им помощь при выполнении задания. При этом, в поведении наблюдаются специфические поведенческие реакции, связанные с потребностью в следовании правилам или схемам поведения. Анализируя результаты, полученные при исследовании уровня сформированности познавательных процессов, возможно констатировать низкий уровень внимания, памяти и мышления. Лишь незначительная часть дошкольников с расстройствами аутистического спектра частично выполнили, предложенные задания с помощью экспериментатора. Большая часть испытуемых не только не смогли выполнить задания, но и не смогли воспользоваться помощью взрослого. Описанные результаты свидетельствуют о том, что необходимо психолого-педагогическое сопровождение дошкольников с расстройствами аутистического спектра, которое будет включать не только работу над повышением уровня сформированности познавательных процессов, а в первую очередь, коррекцию поведения. В связи с этим следующим этапом было организовано экспериментальное обучение, цель данного этапа – разработать и апробировать программу психолого-педагогического сопровождения детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

Для реализации указанной цели, была составлена разно уровневая программа индивидуального психолого-педагогического сопровождения дошкольников, имеющих расстройства аутистического спектра. Указанная программа, направлена на коррекцию эмоционально-волевой сферы и повышение уровня сформированности познавательной сферы. Кор-

рекция эмоционально-волевой сферы осуществлялась с использованием прикладного анализа поведения (АВА). Указанный метод основывается на принципах бихевиоризма, в основе которых поведенческие технологии и методы обучения. При этом подходе все сложные навыки: речь, игра, умение совершать моторные действия, умение смотреть в глаза – разбиваются на мелкие действия. Каждое действие разучивается с ребенком отдельно, затем действия соединяются в цепь, образуя сложное действие. Взрослый при этом достаточно активно управляет деятельностью ребенка. Правильные действия закрепляются до автоматизма; неправильные – исключаются. Для достижения желаемого поведения специалисты используют подсказки и стимулы. Для каждого ребенка составляется индивидуальный план поэтапного развития. Для повышения уровня сформированности познавательных процессов проводились индивидуальные занятия (три раза в неделю) в течение 6 месяцев, направленные на коррекцию внимания, памяти, мышления. Упражнения подбирались в соответствии с индивидуальными особенностями каждого испытуемого. Заключительным этапом нашего исследования был проведен контрольный эксперимент. Целью, которого стало изучение динамики уровня развития познавательной и эмоционально-волевой сферы дошкольников с расстройствами аутистического спектра. В качестве диагностического инструментария были предложены методики, использовавшиеся на этапе констатирующего эксперимента, но с другим стимульным материалом. Полученные данные позволяют констатировать наличие положительной динамики. Так, поведение большинства испытуемых улучшилось: в поведении значительно реже проявляются специфические и стереотипные реакции; контакт с окружающими затруднен, но длительность его увеличилась; появились попытки использовать предложенную взрослым помощь; у многих испытуемых были отмечены слабые попытки использования невербальных средств общения. Уровень сформированности познавательных процессов остался на прежнем уровне, но появились новые навыки и умения: испытуе-

мые научились выполнять инструкцию экспериментатора, действовать по образцу, работать с картинками и карточками и др.

Выводы. Полученные результаты, позволяют говорить о необходимости индивидуального психолого-педагогического сопровождения дошкольников с расстройствами аутистического спектра, в рамках которого необходимо проводить коррекцию не только познавательных процессов, а в первую очередь необходима коррекция эмоционально-волевой сферы. Указанная последовательность позволит организовать работу с дошкольниками, имеющими расстройства аутистического спектра более эффективно, так как игнорирование нарушений в эмоциональной сфере детей указанной категории не позволит продвинуться ни в коррекции познавательных процессов, ни в формировании навыков счета, письма и т.д. Результаты проведенного контрольного эксперимента, доказали эффективность и целесообразность предложенной программы, в рамках которой на первом месте коррекция поведения и эмоционально-волевой сферы.

Литература

1. Баенская Е.Р. Нарушения аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма / Е.Р. Баенская // Дефектология, – 2008. – № 4. – С. 11–19.
2. Басюк В.С. Психологическое сопровождение детей в условиях образовательного учреждения / В.С. Басюк // Развитие личности. – 2007. – № 3. – С. 160–165.
3. Башина В.М. Ранний детский аутизм / В.М. Башина // Исцеление. – 1993. – С. 154–165.
4. Казакова Е.И. Процесс психолого-педагогического сопровождения / Е.И Казакова // На путях к новой школе. – 2009. – № 1. – С. 36–46.
5. Никольская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О.С. Никольская, О.С. Аршатская, А.В. Аршатский и др. – М.: Теревинф, – 2011. – 196 с.

6. Плугина М.И. Служба психологического сопровождения / М.И. Плугина // Высшее образование в России. – 2005. – № 6. – С. 124–126.

7. Семаго Н.Я. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с РАС / Н.Я. Семаго, Е.А. Соломахина // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15. № 1. – С. 4–14.

Морозов С.А. О ходе апробации примерной адаптированной основной общеобразовательной программы дошкольного образования детей с расстройствами аутистического спектра / С.А. Морозов // Аутизм и нарушения развития. – 2018. – Т. 17. – № 4 (61). – С. 3–11.

Аннотация. В статье обобщены основные результаты первых четырех месяцев апробации примерной адаптированной основной общеобразовательной программы дошкольного образования детей с расстройствами аутистического спектра: дана характеристика контингента воспитанников, диагностического, организационно-методического и кадрового обеспечения организаций – пилотных апробационных площадок.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, дошкольное образование, адаптированная основная общеобразовательная программа.

31 августа 2018 года заместитель министра просвещения Российской Федерации Т.Ю. Синюгина утвердила «Дорожную карту» апробации проекта примерной адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) дошкольного образования (ДО) детей с расстройствами аутистического спектра (далее – «Программа»). На необходимости апробации настаивал коллектив авторов-разработчиков, так как Программа относится к новому направлению отечественного образования и существенно отличается по ряду характеристик от других документов того же жанра, что не может не вызвать трудностей при внедрении.

Кроме того, по имеющимся данным, Программа уникальна и не имеет аналогов в мировой практике, и разработчики отдавали себе отчет в том, что в ходе внедрения обязательно и неизбежно возникнет необходимость изменений, дополнений, уточнений и т.п., что обусловлено не только новизной и уникальностью документа, но и спецификой аутизма: его определением на основе поведенческих характеристик, вторичным уровнем основных проявлений в клинко–психологической структуре нарушений, непредсказуемостью динамики и исключительным клиническим и психолого-педагогическим полиморфизмом.

В Министерстве просвещения РФ (в то время – Министерстве образования и науки РФ) отнеслись к предложению об апробации с пониманием и установили сроки апробации даже бóльшие, чем было заявлено (до 31 августа 2020 г.). Прошедшие три с лишним месяца работы показали, насколько прозорливым было такое решение.

«Дорожная карта» (далее – «ДК») стала основным документом апробации Программы, определяющим апробационные площадки, перечень и сроки выполнения основных мероприятий.

Семь организаций, на базе которых проводится апробация, находятся в шести регионах и очень существенно отличаются по статусу, структуре, опыту работы с детьми с РАС: ФРЦ по организации комплексного сопровождения детей с РАС (Москва), два Центра лечебной педагогики и дифференцированного обучения (Псков, Тамбов) и четыре очень не похожих друг на друга детских сада из Краснодар (№ 214), Воронежа (№ 196) и Тюмени (№ 51 и № 133).

Такой выбор площадок был не случаен: в нашей стране дошкольное образование обучающихся с РАС делает первые шаги. Официальный отечественный опыт невелик и, в то же время разнообразен настолько, что весьма сложен для анализа и обобщения. Зарубежный опыт очень богат и обширен, но его использование затруднено в связи с различиями в социокультурных условиях, традициях коррекционной педагогики, специальной психологии и детской психиатрии,

в структуре социальных ведомств. Это совсем не отменяет необходимости использования многих достижений коллег из других стран: разработанные ими тесты и другие диагностические инструменты, современные методические подходы, проверенные многолетней практикой организационные решения очень часто оказываются исключительно полезными.

Необходимость создания Программы не вызывала сомнений уже потому, что принятый в соответствии со статьей 42, п. 5 Конституции Российской Федерации и законом «Об образовании в Российской Федерации» [1] Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) ДО [5], несмотря на его многочисленные достоинства, использоваться в практике образования детей с РАС в принципе не может [3; 4]. Таким образом, нужна была Программа как документ, который, насколько это возможно, учитывает как положения ФГОС ДО, так и особенности развития детей с РАС, и является приемлемым для практики ДО.

Разработка такой Программы оказалась сложной задачей, но сейчас очевидно, что внедрение Программы в практику – многократно сложнее.

В сентябре-октябре 2018 г. на всех апробационных площадках проведены установочные семинары, в ходе которых выяснялись особенности контингента обучающихся, организационные моменты, оснащенность диагностическими методами и инструментами, методическая вооруженность и качество владения методиками, количественные и качественные характеристики кадрового обеспечения, состояние работы с родителями и взаимодействие со структурами здравоохранения.

29 ноября 2018 г. в рамках III Всероссийской научно-практической конференции «Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра» был проведен семинар-совещание «Апробация примерной адаптированной основной общеобразовательной программы дошкольного образования детей с расстройствами аутистического спектра».

По материалам установочных семинаров и ноябрьского совещания можно не столько подвести итоги, сколько глубже проанализировать исходные позиции и уточнить задачи, которые необходимо решить для успешного проведения апробации.

1. Общие замечания

Регионы продемонстрировали большую заинтересованность в проведении апробации, в развитии дошкольного образования детей с РАС: были созданы рабочие группы, разработаны региональные планы работы («дорожные карты»), в каждом регионе назначены кураторы апробации и ответственные исполнители, предприняты конкретные практические шаги.

Вполне ожидаемо в Программе выявились моменты, требующие уточнений, например, согласованность направлений работы в ранней помощи и начальном этапе ДО и в образовательных областях последующих этапов. Более сложными и, соответственно, требующими большего времени для разработки оказались такие пункты ДК как критерии оценки эффективности внедрения программы «Подготовка методических материалов для оценки уровня развития детей с РАС», «Разработка проектов пакетов примерных рабочих программ сопровождения детей с РАС на разных этапах дошкольного образования по всем предметным областям в соответствии с Программой». Разработка этих и некоторых других положений ДК будет продолжаться на протяжении всей апробации, но процесс осмысления и обобщения конкретных вариантов решений необходимо начать как можно раньше.

2. Особенности контингента детей с РАС – участников апробации

Предложенное в Программе распределение по выраженности проявлений РАС на основе DSM-5 [8] показывает, что в целом в апробации акцент делается на тяжелые формы. В двух случаях (ФРЦ, Тюмень-51) процент детей второго и третьего уровней близки, но, по нашему мнению, сказалась недостаточная проработанность разграничения принад-

лежности к тому или иному уровню в силу новизны и некоторой субъективности критериев DSM-5 (см. табл. 1).

Таблица 1

Распределение контингента детей – участников апробации по уровням DSM–5

	№	Уровни по DSM-5 (%)		
		1	2	3
ФРЦ	22	18	50	32
Псков	17	–	6	94
Тамбов	18	12	44	44
Воронеж	12	–	33	67
Тюмень	14	–	50	50
Тюмень	27	–	22	78
Краснодар	79	13	6	81
Всего/в среднем	189	8,5	22,2	69,3

Полученные данные отражают спрос на помощь, сопровождение детей именно с тяжелыми формами РАС. Это подтверждается и тем, что по всем площадкам в целом 76,3% воспитанников по уровню образовательных потребностей отнесены к начальному этапу ДО.

Средний возраст детей-участников апробации составляет примерно 5,6 лет, при том, что большинство детей занимаются на протяжении 1–1,5 лет (разброс от 2 месяцев до 4 лет).

3. Особенности диагностического процесса

Полученные данные указывают на низкий уровень диагностики: РАС диагностируются поздно, легкие формы часто совсем не выявляются. Объем выборки невелик и формально недостаточно репрезентативен: 189 детей с РАС из официально выявленных 22 тысяч (по данным Минздрава РФ) при прогнозируемом количестве в 250–280 тысяч.

В то же время, следует учесть, что пилотные площадки апробации – это, в основном, организации со значительным опытом из регионов, в которых аутизму уделяется серьезное внимание, поэтому полученные данные не могут быть ниже, чем в генеральной выборке. Вывод о недостаточном уровне диагностики РАС очень важен, поскольку ранняя качественная диагностика – важнейшее условие эффективности комплексного сопровождения детей с РАС. Непосредственно для апробации Программы наиболее значимой является диагностика в ходе коррекционно-образовательного процесса: разработка и апробация соответствующего диагностического комплекса является одним из пунктов ДК. Участникам апробации рекомендовано использовать сочетание CARS [6; 10], РЕРЗ [7; 11] и VABS [12], в случае необходимости/возможности – тесты VB-MAPP [9] и Векслера [13]. В настоящее время все участники апробации используют традиционные клинико-психологические методы диагностики; спектр тестовых методик в рекомендованном объеме находится в стадии формирования на всех пилотных площадках. Спектр применяемых диагностических методов важен, но представляется, что не менее существенно качество их применения и адекватность трактовки результатов (это особенно относится к методам, разработанным не специально для обследования детей с РАС, к тестам VABS и Векслера). Необходимо в кратчайшие сроки завершить подготовку унифицированного спектра методов диагностики в ходе комплексного сопровождения детей с РАС и начать его апробацию.

4. Методическое обеспечение и организация учебно-коррекционного процесса

В методическом плане Программа обоснованно предлагает методический плюрализм и осознанный гибкий выбор основного методического подхода. Спектр используемых методик на середину ноября 2018 г. представлен в таблице 2.

Как следует из таблицы 2, поведенческие подходы используются чаще всего, что вполне соответствует преобладанию тяжелых форм

аутистических проявлений у детей, участвующих в апробации. Эмоционально ориентированные методы используются меньше и всегда частично или в сочетании с другими подходами.

Беспокоит то, что очень часто, во всех регионах без исключения, поведенческие подходы применяются не строго по протоколу, но с некоторыми изменениями. Если эти отступления аргументированы, обоснованы и опираются на высокий уровень владения методом, на четкие представления о его основах и на знание особенностей ребенка, их можно только приветствовать. Так, к сожалению, происходит не всегда. Спектр проблем, степень их выраженности у детей разные, и подробный анализ здесь уместен только в каждом регионе отдельно. Если говорить в целом, то во всех организациях, участвующих в апробации, применение поведенческих методов было сопряжено с многочисленными отклонениями от протокола, неточностями, большинство которых, на первый взгляд, представляются непринципиальными, но в совокупности потери оказываются, несомненно, значительными.

Таблица 2

Методические подходы, используемые в организациях – пилотных площадках

	TEACCH	ВА	РТ	DIR/FT	Эмоционально-смысловой подход (по О.С. Никольской с соавторами)
ФРЦ	++	+		++	
Псков	++	+			++
Тамбов		+			++
Воронеж		+++			
Тюмень-51	++	+++		+	
Тюмень-133	+	+			+
Краснодар	+	+			+

Примечания: 1. TEACCH (Treatment and Education of Autistic Children and Children with Relative Communicative Handicap) – коррекция и образование аутичных детей и детей со сходными коммуникативными расстройствами; ABA (Applied Behavior Analysis) – прикладной анализ поведения; PRT (Pivotal Response Teaching) – обучение основному ответу; DIR/FT (Developmental, Individual, Differences Relationship-based Approach, Floortime) – подход, основанный на развитии, индивидуализации и отношениях, «Время на полу». 2. «+++» – реализуется полный протокол; «++» – реализуется частично; «+» – в сочетании с другими методами.

Есть и еще один крайне существенный фактор. Использование поведенческих методических подходов требует, особенно на начальных этапах работы, большого процента индивидуальной работы (то есть низких значений отношения воспитанники: штат (students: stuff); 1:1 при работе «один на один»), специального структурирования пространства и времени. По этим показателям участники апробации очень сильно различаются; например, в Воронеже упомянутое соотношение составляет 0,86 (сотрудников больше, чем детей), а в ДОО № 133 Тюмени – от 5 до 13. Сравнение затруднено также отсутствием единой методики расчета.

Сходная картина отмечается и в структурированности организации рабочего места ребенка (как пространственной, так и временной).

Удивительно, но все площадки используют расписания только как обозначение последовательности занятий в течение дня, но фактически ни одна – как мощное средство формирования самостоятельности в самых различных жизненных сферах. Необходимо отметить, что правильная работа с расписаниями касается не только самостоятельности ребенка, но и эффективности работы в целом: если ребенок выполняет расписание, он занят, не погружается в стереотипии, не выпадает из учебного процесса в целом. Книга Л. МакКланнахан и П. Крантц «Расписания для детей с аутизмом» переиздана [2] с дополнением результатов почти 30-летнего опыта Общества помощи аутичным детям

«Добро» в использовании расписаний, с приложением видеосюжетов по различным вариантам использования расписаний и пояснениям к ним. Можно привести много и других внутренних резервов повышения качества методического аспекта коррекционно-развивающей работы – выбор коррекционных подходов, качество их реализации, составление программ, определение оптимального объема (дневного, недельного) занятий, спектра вспомогательных методов и мн. др., – но все эти аспекты тесно переплетены с организацией коррекционно-образовательного процесса.

На пилотных площадках наблюдалось следующее. Всегда, в том числе для детей с типичным развитием, в начале посещения детского сада выделяют адаптационный период, который и в норме проходит очень по-разному. Чтобы адаптация проходила легче, используют укороченный день, разрешают присутствие на занятиях кого-то из близких, или няни, или тьютора и др. способы. То, что необходимость такой адаптации при аутизме не только неизмеримо выше, но качественно иная (не просто адаптация, но, используя терминологию ПрАООП ДО РАС, «начальный этап»), было очевидным для участников апробации до ее начала.

Решали проблему адаптации/начального этапа по-разному. В ФРЦ в течение первого месяца занятия проводились только индивидуально в объеме 3 астрономических часа в день, 12 астрономических часов в неделю. Далее занятия проводились практически исключительно (на 85–90%) групповые. На других пилотных площадках начинают также с кратковременного пребывания (иногда неполную неделю), далее постепенно переходят к пятидневной неделе при различной продолжительности дневных занятий.

В таблице 3 приводятся сведения о распределении детей-участников апробации по продолжительности занятий. Необходимо учесть, что это состояние на середину ноября 2018 г., это только временной срез, который очень вариабелен, но, тем не менее, по-своему показателен. Из таблицы 3 следует, что во всех организациях продолжитель-

ность занятий варьируется, но, как показывает обследование, это связано не только с возможностями и потребностями ребенка, но также с пожеланиями родителей или в соответствии с нормативными установками того или иного уровня. 5. Инклюзивная направленность сопровождения Инклюзивная направленность образования обучающихся с РАС реализуется на пилотных площадках по-разному.

В ФРЦ инклюзивную направленность можно будет реализовать только через сотрудничество с другими образовательными организациями, в самом центре все воспитанники только с РАС (если не считать диагностических ошибок), детей с типичным развитием или другими отклонениями в развитии нет. У воспитанников псковского ЦЛП аутистическая симптоматика всегда сочетается с умственной отсталостью (умеренной, тяжелой, глубокой степеней), часто – с другими вариантами коморбидных расстройств; детей с формально сохранным интеллектом или легкой степенью умственной отсталости в организации нет. Инклюзия проводится только в группу детей с другими (помимо РАС) нарушениями развития и только как социокультурная интеграция, что следует расценивать как максимально возможный результат.

В ЦЛП Тамбова дети с РАС зачисляются в группы для детей с ЗПР или интеллектуальной недостаточностью; занятия проводятся вначале в основном индивидуально, далее процент индивидуально-групповых и групповых занятий постепенно увеличивают. Нечто похожее отмечено в д/с № 133 г. Тюмени, где есть группы для детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) и общеразвивающие группы, но в настоящее время инклюзия детей с РАС в эти виды групп не проводится. У детей с РАС в д/с № 51 г. Тюмени отмечаются 2 и 3 уровни нарушений по DSM5, тогда как все остальные воспитанники характеризуются типичным развитием, поэтому можно предполагать развитие только социокультурной инклюзии. Д/с № 214 г. Краснодара реализует наиболее широкий спектр организационных вариантов занятий с детьми

с РАС: от индивидуальных занятий в группах кратковременного пребывания до полной инклюзии в группы для детей с умственной отсталостью, ЗПР, ТНР и в общеразвивающие группы. 6. Кадровая обеспеченность В количественном отношении на одного специалиста, работающего с детьми с аутизмом, приходится от 0,86 (то есть меньше, чем где бы то ни было, даже за рубежом) до 13 детей (что, безусловно, нонсенс). Существует острая необходимость в ходе апробации обоснованно если не определить, то хотя бы оценить величину соотношения «воспитанники: специалисты» в зависимости от этапа помощи, выраженности расстройств, характера и направленности занятий и от других параметров.

Таблица 3

Продолжительность дневных занятий с детьми в организациях-участниках апробации

Апробационная площадка		Продолжительность занятий (часов в день)		
		<3	3 < t < 6	>6
ФРЦ	2	100%	—	—
Псков	7	59%	24%	17%
Тамбов	8	—	39%	61%
Воронеж	2	—	17%	83%
Тюмень-51	4	14%	29%	57%
Тюмень-133	7	22%	37%	41%
Краснодар	9	—	67%	33%

Всего (без ФРЦ)	67	10,7%	47,9%	41,3%
Разброс (без ФРЦ)		14–59	17–67	17–83

Количественная характеристика кадрового обеспечения не единственная. Гораздо важнее – специальная подготовка педагогов, психологов, логопедов, тьюторов, воспитателей, даже обслуживающего персонала, в области аутизма и его коррекции. Несмотря на наличие в некоторых университетах магистратуры по сопровождению детей с РАС, проблема кадрового обеспечения этого процесса представляется открытой. Из пилотных площадок относительную удовлетворенность уровнем подготовки кадров выражает только Воронеж, там же отмечено наименьшее количество воспитанников на одного взрослого. Все сотрудники, работающие с детьми с аутизмом, имеют до 15–20 удостоверений и/или сертификатов, но подавляющее большинство этих курсов не сертифицировано, и качество полученных на таких курсах знаний трудно оценить. От региона к региону оттенки проблемы неудовлетворительного кадрового обеспечения меняются, но потребность в специально подготовленных кадрах высказывается всеми площадками. Дети с РАС действительно нуждаются в специализированной помощи, и чем младше возраст, тем более специализированной и более квалифицированной должна быть коррекция. Состояние коррекции РАС в организациях – пилотных площадках показывает, что хуже всего обстоит дело с наиболее квалифицированной помощью – помощью на начальном этапе ДО детей с РАС. Это ведет за собой утяжеление проблем дальнейших этапов ДО, НОО и, по-видимому, всего дальнейшего сопровождения. На части пилотных площадок (Краснодара, Тамбова, Пскова) проблеме повышения квалификации кадров расценивают как приоритетную: В Краснодаре планируют курсы в начале 2019 г., в Пскове и Тамбове уже начаты серии краткосрочных курсов по отдельным темам. Основные результаты первого этапа апробации, а также выдвинутые ее участниками предложения показывают, что особого внимания требуют

развитие ранней диагностики и ранней помощи и проведение начального этапа ДО, а также вопросы кадрового обеспечения ДО детей с РАС и необходимость внесения уточнений в перечень документации.

Предложения

- Учитывая необходимость проведения в рамках апробации комплексного пилотного эксперимента, обратиться в Министерство просвещения РФ и региональные органы управления образованием с просьбой придать организациям, участвующим в апробации, статус экспериментальных площадок.
- Организовать обучение специалистов пилотных площадок основным методам работы с детьми с РАС (АВА, ТЕАССН, эмоционально-смысловой подход, DIR/FT), в том числе на курсах по тьюторскому сопровождению детей с РАС на базе ФРЦ (с привлечением ведущих специалистов других организаций) на бюджетной основе.
- Провести вебинар по принципам выбора ведущего коррекционного подхода (в марте 2019 г.).
- Организовать супервизию качества использования ведущих методических подходов и организации апробации ПрАООП ДО РАС.
- Разработать конструктор СИПР для детей с РАС дошкольного возраста и провести его апробацию.
- Завершить создание комплексов диагностических инструментов, разработать и апробировать схему диагностического сопровождения коррекционно-образовательного процесса при РАС.
- Разработать нормативы, определяющие кадровое обеспечение ДО детей с РАС (состав, количество ставок) для каждого этапа ДО.
- Решить на федеральном уровне вопрос о повышающем коэффициенте финансирования ДО детей с РАС.

Литература

1. Закон Российской Федерации от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». – URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102162745> (дата обращения: 09.12.2018).

2. Мак Кланнахан Л.И. Расписания для детей с аутизмом. Обучение самостоятельному поведению / Л.И. Мак Кланнахан, П. Крантц. – М., 2018.
3. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра / С.А. Морозов. – М., 2015.
4. Морозов С.А. Воспитание и обучение детей с аутизмом (дошкольный возраст) / С.А. Морозов, Т.И. Морозова. – М., 2017.
5. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования». – URL: [http:// www. edu.ru/ documents /view/57648/](http://www.edu.ru/documents/view/57648/) (дата обращения: 09.12.2018).
6. Манелис Н.Г. Ребенок с РАС идет в детский сад. Приложение 2. Рейтинговая шкала аутизма у детей C.A.R.S. / Н.Г. Манелис, А.В. Хаустов, Т.А. Медведовская и др. / Под ред. Н.Г. Манелис. – Воронеж, 2014.
7. Шоплер Э. Психолого-образовательный профиль. Пер. с англ. / Э. Шоплер, Р.Дж. Райхлер, М.Д. Лансинг и др. / Под ред. С.А. Морозова. – М., 2008.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. American Psychiatric Association, 2013.
9. Sandberg M. The Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program, 2008.
10. Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F. et al. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). J. Autism and Developmental Disorders, 1980. 10. No. 1. 91–103.
11. Schopler E., Reichler R.J., Lansing M.D. et al. Psychoeducational Profile. Third Edition, 2004.
12. Sparrow S., Balla D., Cicchetti D. Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS). American Guidance Service, Inc., 1984
13. Wechsler D. Preschool and Primary Scale of Intelligence). Wechsler D. WPPSI Manual // The Psychological Corporation, 1967. № 4.

Сулова, Т.Ф. Инклюзивное образование детей с расстройствами аутистического спектра в сознании родителей / Т.Ф. Сулова // Международный научно-исследовательский журнал, 2018. – № 10–2 (76). – С. 85–89.

***Аннотация.** Целью статьи является анализ исследований отечественных ученых и практиков, в которых изучаются аттитюды, потребности и детерминанты отношения родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе, детей с расстройствами аутистического спектра и родителей здоровых детей к инклюзивному образованию. Метод исследования – сравнительно-сопоставительный анализ психолого-педагогической литературы. Представлены результаты исследования российских ученых, проведенных в различных регионах. Выделены как позитивные, так и негативные взгляды родителей на возможности внедрения в образовательные организации инклюзивного образования детей с расстройствами аутистического спектра наиболее часто проявляющие в их сознании.*

***Ключевые слова:** инклюзия, дети с расстройствами аутистического спектра, установки, стереотипы и отношение родителей к инклюзивному образованию.*

Постановка проблемы

«На рубеже XX–XXI вв. государствами и правительствами большинства наиболее развитых стран мира концепция инклюзивного образования была названа одним из приоритетных направлений совершенствования мировой образовательной системы и политики, призванной способствовать эффективному продвижению антидискриминационных мер, повышению качества образования для всех детей в соответствии с широким кругом их образовательных потребностей в общеобразовательных школах» [9, С. 4.].

Однако, несмотря на активную работу государственных и общественных организаций по внедрению инклюзивного образования детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), принятию ради-

кальных социальных, психологических и педагогических мер, проведения различных мероприятий, в том числе разработки и внедрения в образовательную среду ФГОС обучения детей с особыми образовательными потребностями, трансформация сознания общества в сторону позитивного восприятия детей с ОВЗ и их обучения в образовательной организации происходит крайне медленно [6], [8].

В связи с этим актуальным является выявление установок, потребностей и отношения родителей детей с ОВЗ, в том числе с РАС, а также родителей здоровых детей к совместному обучению в образовательной организации.

Метод исследования

Нами было проанализировано 42 исследования отечественных ученых и практиков, в которых изучается отношение родителей к инклюзивному образованию и интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе расстройствами аутистического спектра, в образовательную среду обычной школы. Все исследования проведены в период с 2013–2018 год.

Методом исследования, результаты которого изложены в настоящей статье, был выбран метод изучения, интерпретации и сравнительно-сопоставительного анализа психолого-педагогической литературы. Рамки настоящей статьи дают нам возможность остановиться на анализе результатов отдельных исследований и формулирования обобщенных выводов по всей эмпирической выборке.

Результаты сравнительно-сопоставительного анализа статей отечественных ученых по проблеме инклюзивного образования

Исследований отношения и готовности родителей детей с РАС интегрировать своих «особых» детей в общеобразовательную среду в России проведено не много. Вероятно, это можно связать с их нежеланием идти на контакт с исследователем, «закрыться» в мире своей семьи и близких, где есть они, их ребенок и те проблемы, с которыми они столкнулись в связи с рождением ребенка с РАС.

Тем не менее, проведенные исследования позволяют выделить опасения родители детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и с расстройствами аутистического спектра.

Так, в исследовании Л.И. Жариковой [3], проведенном в г. Барнауле и Алтайском крае в 2016 году, были выделены трудности детей с ОВЗ, в том числе и детей с РАС, как их видят родители здоровых детей и детей с ОВЗ младших классов. В частности, автор отмечает, что внедрение совместного обучения типично развивающихся детей и детей с ОВЗ по мнению родителей здоровых детей не вызовет у последних никаких трудностей, тем не менее могут быть определенные затруднения в выстраивании коммуникации и взаимодействия; дети с ОВЗ могут вызывать у здоровых детей жалость и страх, что тоже не будет способствовать позитивному взаимодействию здоровых детей и детей с ОВЗ; отсутствие у здоровых детей знаний и навыков общения с детьми с ОВЗ.

Родители детей с особыми нуждами, в группу которых вошли и дети с ментальными нарушениями, более откровенно говорили о страхах, вызванные неприятием, насмешками и агрессией со стороны здоровых детей, что будет затруднять коммуникацию, вызывая дискомфорт в общении и принятия в учебный коллектив. Кроме этого родители детей с ОВЗ отметили физические трудности и снижение уровня вовлеченности в общественную жизнь класса [3]. Последнее в большей мере, вероятно, относится к детям с ограничениями по слуху, зрению и способности передвигаться, хотя и дети с расстройствами аутистического спектра, на наш взгляд, способны, пусть и минимально, включаться во внеклассные мероприятия. По мнению автора исследования, выделенные родителями детей с ОВЗ трудности, в большей мере вызваны порой неосознаваемыми страхами и проблемами самих родителей, которые они проецируют на своих детей и их возможности включения в инклюзию. С данным утверждением исследователя мы согласны, хотя и понимаем, что в силу несовершенства системы инклюзивного образования в нашей стране такие опасения вполне оправданы.

Считаем необходимым привести результаты опроса родителей, проведенных Л.И. Жариковой, в отношении трудностей, которые могут возникать в процессе обучения.

Автор отмечает, что достаточно большая группа родителей здоровых детей не видят особых трудностей, другая часть родителей отметили, что здоровые дети будут отвлекаться; им не будет хватать внимания учителя; будет не возможен индивидуальный подход к ученику; здоровые дети будут испытывать дискомфорт, негативное настроение и психологические барьеры.

Родители детей с особыми нуждами в большей степени высказывали опасения по поводу успеваемости особых детей, возможности усвоения учебного материала, индивидуального подхода, сложности восприятия программы и т.д. [3]. То есть родители детей с ОВЗ, в том числе и ментальными нарушениями, куда относятся дети с РАС, в большей мере опасаются совместного обучения по причине требований, которые предъявляет современное образование и отсутствия необходимого оборудования. Мы можем предположить, что наличие названных страхов вызвано также и незнанием самого процесса инклюзии и принципов ее организации.

Настороженное отношение к инклюзивному образованию среди родителей детей с ограниченными возможностями здоровья, в том числе и с расстройствами аутистического спектра подтверждают результаты исследования, проведенного в Республике Коми Е.А. Даниловой.

Автор выделили категории родителей особых детей, в основе которых положена степень согласия/несогласия введения инклюзии для детей с нарушениями в развитии. Это:

1) «родители, которые категорически не принимают идею инклюзии, т.к. понимают, что ни школа, ни педагоги, ни дети не готовы к принятию особых детей в общем классе;

2) родители, которые принимают инклюзию, но не верят в ее исполнение в Республике Коми в ближайшие годы;

3) родители, которые принимают идею инклюзии и готовы действовать для ее внедрения в Республике Коми». [2. С. 281].

По мнению Е.А. Даниловой, родители категорически не принимающие инклюзию чаще всего изолируются от общества и предпочитают для своего ребенка индивидуальное обучение. Родители, которые принимают идею инклюзии, несмотря на понимание своих трудностей, принимают решение сделать все необходимое для интегрирования своего особого ребенка в среду образовательной организации [2].

Такие же результаты получены в других исследованиях, к примеру, Е.А. Богомоловой, проведенной в Калуге в 2012–2014 г.г. с привлечением 437 респондентов родителей здоровых детей. Общий вывод такого масштабного исследования заключается в том, что, «несмотря на то, что большая часть родителей здоровых детей (53%) принимают инклюзивное образование, понимая те изменения, которые произойдут в жизни их ребенка, в системе образования и в целом обществе. Тем не менее, 34 % высказались против совместного обучения их здоровых детей и детей с ОВЗ, считая инклюзию неприемлемой или преждевременной» [1, С. 284].

Е.А. Богомолова отмечает, что родители-«сторонники инклюзивного образования» отмечали позитивность инклюзии, как возможности успешной социализации особых детей и интеграции их в социальную среду. Респонденты этой группы вполне осознанно отмечали, что, несмотря на гуманность введения в образование инклюзии, современное общество пока не готово в целом принять детей с ОВЗ. В настоящее время существуют дискриминирующие особые детей стереотипные оценки и восприятие.

Родители – «противники инклюзии» приводят свою аргументацию в отношении нецелесообразности инклюзии на современном этапе, суть которой также заключается в неготовности всех участников образовательного процесса и общества к внедрению инклюзии в образовательные организации. По этой причине они считают целесообразным обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в специализиро-

ванных учреждениях. «Эти родители чаще всего центрированы на своем ребенке, прогнозируют проблемы, которые могут возникнуть у их ребенка в связи с введением инклюзии – вероятное снижение качества образования, трудности в общении, психологические травмы. Наиболее типичная их аргументация – «...особый ребенок будет оттягивать на себя внимание педагогов», «...здоровых детей ничего не должно тормозить при обучении». В ряде анкет родителей – противников инклюзии отчетливо прослеживается отношение к ребенку с ОВЗ как к неадекватному, нуждающемуся в постоянной помощи. Лишь некоторые родители – противники инклюзии оценивают последствия ее внедрения с точки зрения ребенка с ОВЗ, при этом указывая только на негативные моменты, полагая, что ему будет сложно и некомфортно в обычной группе детского сада, в обычном классе школы, что это может травмировать психику такого ребенка» [1, С. 286].

Другим примером, характеризующим отношение родителей здоровых детей к совместному обучению с детьми с особыми потребностями, являются результаты исследования, проведенного Е.Н. Моргачевой в 2013 году на московской выборке. Автор отмечает, что, несмотря на достаточную осведомленность идеи инклюзивного образования и особенностей детей с ОВЗ, «их отношение к «особенным» детям либо нейтральное, либо – в большей степени – негативное. Они подчеркивают в основном ограничения и недостатки таких детей. Возможность совместного обучения обычных и «особенных» детей вызывает у родителей серьезную озабоченность. Это касается образовательной перспективы для детей без нарушений и качества получаемых ими знаний. Кроме того, родителей настораживает демонстрируемая «особенными» детьми специфика поведения и эмоционально-волевой сферы. Большая часть родителей выступает против инклюзивного обучения» [7, С. 237].

Таким образом, анализ исследований позволяет сделать вывод о дуальности отношений родителей здоровых детей к инклюзивному образованию. С одной стороны – принятие и позитивность, с другой стороны – категорическое нежелание видеть в классе своих детей особо-

го ребенка и негативное отношение к ребенку с ОВЗ, в том числе с ментальными нарушениями. Родители особых детей также проявляют двойное отношение к инклюзии: потребность включения своего ребенка в общеобразовательную среду обычной школы, общения с нормотипичными детьми и проявление страха и недоверия к самой системе инклюзии и ее субъектам.

В связи с этим были изучены барьеры, возникающие на пути системного и повсеместного внедрения инклюзивного образования в России.

В качестве основного барьера, по результатам исследования Н.В. Кирютиной, проведенного в Смоленске, является неуважение большей части субъектов инклюзии к различиям и недостаточная гибкость и профессионализм педагогов; опасения и страх родителей здоровых детей и безразличность педагогов, «50 % которых отметили, что образование не должно быть самоцелью, главное развитие навыков социального взаимодействия. Эта группа педагогов считает, что многим детям с нарушениями важнее всего научиться жить среди других и образование для них не так важно, как социального взаимодействие». 40% респондентов считают, что интегрировать можно не всех детей, для этого нужно разработать четкие критерии для возможной интеграции, 57% обосновывают необходимость разработки критериев заботы и безопасности психического и физического здоровья обычных детей» [5. С. 524–525].

Конечно, было бы просто обвинить только педагогов или родителей, не принимающих идею инклюзии, которая как раз и способствует развитию навыков социального взаимодействия и у здоровых детей, и у детей, имеющих различные нарушения в здоровье. Главным барьером на пути становления инклюзивного образования является слабая проработанность шагов интеграции особых детей в образовательное пространство обычной школы: недостаточная подготовленность образовательной среды; низкий уровень инклюзивной компетенции педагогов, родителей обеих групп; отсутствие института тьюторства и др. Хотя ни-

кто не спорит, что на настоящий момент государством сделано очень много, но, как всегда это случается, формализм, поспешность и непродуманность деятельности государственных образовательных учреждений и организаций в условиях инклюзии, часто сводит принятие нужной для России формы образования детей с нарушениями здоровья практически к нулю.

Другим примером изучения барьеров являются результаты исследования, проведенного в образовательных организациях Москвы и Московской области И. В. Задориным, Е. Ю. Колесниковой, Е. М. Новиковой, которые анализировали результаты ответов педагогов и родителей разных категорий школ. Авторы доказали, что одним из основных барьеров является фактор информированности педагогов и родителей. Они отмечают, что «низкая информированность субъектов любой реформы о сути реформы, сроках, механизмах и предполагаемых результатах осуществления проекта неизбежно порождает мифы, как о преимуществах, так и о рисках, связанных с предстоящими переменами, способствует формированию либо необъективного отрицательного отношения, либо необоснованной эйфории» [4. С. 63].

По мнению авторов, не информированность субъектов инклюзии порождает достаточно высокий уровень не критичности принятия инклюзивного образования, негативные эмоциональные отношения и состояния.

Выводы

Проведенный анализ научно-исследовательской литературы позволил установить, что с одной стороны достаточно большой процент родителей детей с ОВЗ, в том числе детей с РАС, и родителей детей с нормативным развитием демонстрируют позитивное отношение к инклюзивному образованию, интеграции особых детей в образовательную и воспитательную среду современной образовательной организации. У них сформированы позитивные установки на гуманизацию образовательной среды в отношении обучения особых детей в обычной школе,

их взаимодействия со здоровыми детьми, что во многом позитивно будет сказывать на развитии обеих групп детей.

С другой стороны достаточно большой процент родителей, вне зависимости от региона, категорически против внедрения инклюзии и интеграции особых детей в образовательную среду.

Результаты практически всех исследований указывают на наличие стигматизации, стереотипов в отношении детей с ОВЗ, особенно детей с РАС, восприятие последних как недоразвитых и «опасных» для развития обычных детей. Одной из важных задач в преодолении стигматизации особых детей и негативных стереотипов в отношении возможности обучения особых детей совместно со здоровыми детьми называется важности просветительской работы, которая в настоящее время проводится недостаточно широко и активно, а носит во многом фрагментарный характер.

Финансирование

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18–513–00018 Бела.

Литература

1. Богомолова Е.А. Проблемы реализации инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательном пространстве Калужской области / Е.А. Богомолова // Материалы заочной научно-практической конференции. – Калуга: Калужский государственный университет имени К.Э. Циолковского. – 2015. – С. 281-290.
2. Данилова Е.А. Отношение родителей детей с инвалидностью и ОВЗ к инклюзивному образованию в республике Коми / Е.А. Данилова // Организация инклюзивного образовательного пространства: состояние и перспективы: Материалы международной научно-практической конференции. – Улан-Удэ: Издательство Сибирского государственного института культуры. – 2017. – С. 146–149.

3. Жарикова Л.И. Отношение родителей младших школьников к инклюзивному образованию / Л.И. Жарикова // Мир науки, культуры, образования. – 2016. – № 4 (59). – С. 17-20.
4. Задорин И.В. Инклюзивное образование в Москве: дифференциация информированности участников как фактор-ограничение / Задорин И.В., Колесникова Е.Ю., Новикова Е.М. // Психологическая наука и образование. – М.: МГППУ, 2011. – № 1. – С. 60-72.
5. Кирютина Н.В. Педагогический потенциал женского форума в развитии толерантности родителей к инклюзивному образованию / Н.В. Кирютина // Категория «социальное» в современной педагогике и психологии: материалы 4-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Тольятти: Тольяттинский университет, – 2016. – С. 523-528.
6. Комарова Н.М. Социальная работа с детьми с расстройствами аутистического спектра: опыт Германии / Н.М. Комарова, Т.Ф. Сулова, Н.Т. Баязитова // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: материалы IV Международной научно-практической конференции, посвящённый 55-летию Восточно-Сибирского государственного университета технологии и управления. – Улан-Удэ, 2017. – С. 156–158.
7. Моргачёва Е.Н. Инклюзивное обучение глазами педагогов и родителей / Е.Н. Моргачёва // Вестник РГГУ. Серия: Психология. Педагогика. Образование. – 2013. – № 18 (119). – С. 226–238.
8. Нестерова А.А. Руководство для родителей ребенка с расстройствами аутистического спектра: вопросы самооценки и социального развития ребенка / А.А. Нестерова, Р.М. Айсина, Т.Ф. Сулова – М.: Общество с ограниченной ответственностью «Издательство РИТМ», 2016. – 214 с.
9. Сигал Н.Г. Инклюзия: за и против: Монография / Н.Г. Сигал – Казань: Изд-во «Отечество», 2017. – 200 с.

Компетентностно-ориентированные задания по теме «Психолого-педагогические условия сопровождения лиц с РАС»

1. Подготовьте реферативный обзор современных исследований по данной теме.
2. Дайте определение понятия «психолого-педагогическое сопровождение»
3. Подготовьте аналитический отчет о результатах изучения отечественного и зарубежного опыта реализации психолого-педагогических условий сопровождения лиц с аутизмом.
4. На основе анализа современных исследований охарактеризуйте формы организации обучения и воспитания детей с аутизмом.
5. Заполните таблицу:

Форма организации образования	Краткая характеристика	Цель	Задачи	Специфика	Критерии эффективности
Инклюзивная группа					
Инклюзивная группа с использованием технологии ресурсной зоны					
Интегрированная группа					
Специализированная группа для детей с РАС					
Надомное обучение					

Раздел 4. Методы коррекционной работы с детьми с расстройствами аутистического спектра

Баенская Е.Р. Эмоционально-смысловой комментарий как метод коррекционной работы с детьми с расстройствами аутистического спектра / Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг // Дефектологическая наука – практике. Материалы I всероссийского съезда дефектологов. – СПб: Ленинградский Университет А.С. Пушкина, 2016. – С. 17–23.

Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра (РАС) опирается на идею первичности аффективных нарушений в патопсихологической структуре аутизма, на исследования, говорящие о несформированности у аутичного ребенка базальных аффективных механизмов, организующих сознание и поведение [5]. Соответственно, коррекционная работа направлена на формирование аффективной сферы, точнее, на нормализацию ее развития.

Обращаясь к нормальному онтогенезу, мы видим, что это развитие всегда происходит во взаимодействии ребенка с близкими людьми. В отечественной психологической традиции деятельность общения признается ведущей уже на первом году жизни [3]; многие зарубежные исследования базируются на идее первичной эмоциональной привязанности ребенка к матери, которая необходима для его полноценного психического развития [2].

Эмоциональная связь с близкими людьми, общение, игровое взаимодействие – те условия нормального развития, которые мы стремимся воссоздать в воспитании ребенка с аутизмом. При этом важно зафиксировать тот феномен, благодаря которому взаимодействие родителей и ребенка становится эмоционально насыщенным, значимым для обеих сторон и в полной мере выполняющим свою развивающую функцию. Этот феномен можно определить как совместно разделенное переживание (Баенская, 2008). По аналогии и в дополнение к принятому в отече-

ственной психологии развития понятию «совместно разделенное действие» уместно использовать и понятие «совместно разделенное переживание», определяющее исток и движущую силу развития индивидуальной аффективной жизни младенца [1]. (В дальнейшем для краткости мы будем писать «разделенное переживание».)

Изучение генезиса разделенного переживания свидетельствует о его качественном усложнении на протяжении раннего детского возраста. «Аффективное заражение» младенца, комплекс оживления – проявления эмоциональной реакции ребенка на близкого человека, которые подхватываются взрослым, опосредуются его эмоциональной реакцией и вводятся в привычные формы первых коммуникативных игр. Взрослый, общаясь с младенцем, стремится насытить и продлить эмоциональный контакт, вносить в него разнообразие и в то же время держать под контролем интенсивность переживания ребенка.

Развитие возможности разделенного переживания проявляется у шестимесячного младенца в особом выделении, «положительном узнавании» матери, а к году – в известном в психологии феномене «социальной ссылки» – оглядки в поведении на материнскую оценку происходящего. И возможность объединения внимания со взрослым, и освоение социальных способов привлечения внимания к себе или к интересным объектам (просьба, указательный жест), и формирование у ребенка совместно разделенного действия происходит внутри общего со взрослым переживания. Прочная эмоциональная связь ребенка с близкими людьми помогает ему не только чувствовать комфорт и защищенность или интерес и воодушевление в конкретных ситуациях, но и благополучно преодолевать закономерные критические периоды раннего возраста.

При формирующемся аутизме врожденные особенности ребенка – низкий порог аффективного дискомфорта и нарушение активности – ограничивают его возможности взаимодействия с близкими людьми [4; 5]. Поэтому в раннем возрасте у такого ребенка не складывается единая с близким взрослым система регуляции поведения, не формируется

полноценная эмоциональная привязанность к матери. Фактически аутичный ребенок развивается без достаточной опоры на опыт разделенного со взрослым эмоционального переживания.

Для поддержания психического тонуса и борьбы с дискомфортом уже в раннем возрасте жестко фиксируются стереотипы поведения, формируются способы сенсорной и аффективной аутостимуляции. Можно сказать, что при выраженном аутизме развитие буквально «идет в сторону аутостимуляции», которая становится образом жизни ребенка.

Вовлечение аутичного ребенка в разделенное переживание, дающее возможность регуляции эмоционального состояния, осмысления впечатлений, формирования устойчивых эмоциональных связей, представляется базовым условием нормализации его психического и социального развития. Такая работа является первичной по отношению к другим видам коррекционной помощи при аутизме (в том числе к обучению необходимым навыкам), так как закладывает основы развития эмоциональной саморегуляции, создает у ребенка мотивы и способы взаимодействия с окружающим миром и людьми, осмысленное отношение к своим действиям и происходящему вокруг.

Важным методом вовлечения ребенка в разделенное переживание является эмоционально-смысловой комментарий. Обращаясь к нормальному онтогенезу, мы можем заметить, что подобным комментарием близкие люди сопровождают взаимодействие с обычным малышом. Такой комментарий может тонизировать или успокаивать ребенка, помогать ему осмыслить непосредственный поток впечатлений, удерживать от импульсивного поведения. Комментируя ситуацию и дополняя свои рассуждения эмоциональной оценкой, мама регулирует настроение и поведение ребенка, постепенно формируя его способность следовать социальным правилам. Благодаря смысловому комментарию становится возможным совместное с ребенком планирование не в виде составления какой-то формальной программы действий, а в виде постановки и удержания определенной смысловой перспективы.

В случае формирования у ребенка расстройства аутистического спектра он даже в большей степени, чем обычный ребенок, нуждается в подобном комментировании. Однако, для его близких людей это не очевидно, так как аутичный ребенок, в отличие от обычного, может сразу не реагировать на комментарий, не проявлять эмоций или реагировать с такой задержкой, что связь его реакции с комментарием взрослого вызывает сомнение. Тем не менее многолетняя практика работы приводит нас к выводу о необходимости и эффективности использования эмоционально-смыслового комментария как в занятиях, так и в ежедневном домашнем воспитании детей с РАС.

В начале работы с аутичным дошкольником мы понимаем, что он, скорее всего, не примет игру, предложенную взрослым. Его собственная активность при этом чаще всего является аутостимуляцией. Мы знаем, что аутостимуляция – это защитное поведение, стереотипные действия, направленные на вызывание одних и тех же впечатлений и ощущений, которые помогают ребенку экранировать другие воздействия среды и доставляют удовольствие, обеспечивают необходимый уровень психического тонуса. Поэтому отношение к аутостимуляции только как к патологической симптоматике, на наш взгляд, непродуктивно; лучшее решение – по возможности «подключиться» к ней, постепенно преобразовать, сделать частью совместной игры.

Преимущества этой «тактики» очевидны, так как легче всего наладить контакт с аутичным ребенком, усиливая приятные ему впечатления и не навязывая чего-то нового. Мы помним, что на любое активное вторжение в стереотип его жизни или игры ребенок с РАС реагирует негативно, не принимая вначале никакой новизны. Он может уйти или протестовать, в любом случае контакт с ним станет невозможен. Поэтому мы стараемся сначала не разрушать его стереотипное удовольствие, а дополнить его новыми оттенками, сделать ощущения более интенсивными и разнообразными. Например, когда малыш качается на лошадке-качалке, взрослый может читать стихи в ритме раскачиваний; если он любит возиться с водой, можно попробовать подключить к этой возне краски или поиграть в мыльные пузыри.

Конечно, в нашей игровой комнате есть достаточный запас предметов, которые можно использовать для получения сенсорных удовольствий. Более того, мы заранее так располагаем их в нашем игровом пространстве, чтобы даже ребенок с «полевым» поведением, перемещаясь по комнате, последовательно обнаруживал эти «аффективные приманки». Таким образом, мы прерываем его полевое перемещение, создаем «опорные точки», на которых малыш ненадолго, но все же сосредоточит свое внимание. В эти моменты взрослый присоединяется к ребенку, стараясь усилить и продлить момент сенсорного удовольствия и одновременно поймать его взгляд, эмоционально прокомментировать ситуацию.

Подчеркнем, что любое наше присоединение к аутостимуляции обязательно сопровождается смысловым комментарием, попыткой придания игрового (или бытового, житейского) смысла действиям ребенка. Более того, взрослый не всегда может (и не всегда должен) включаться в игру аутичного ребенка на уровне конкретных действий; его задача, прежде всего, – постоянно комментировать ситуацию, придавая ей положительную эмоциональную окраску и определенный игровой смысл.

Например, если ребенок «застыл» у окна, мы комментируем то, что он видит: как идет снег, какие там машины, как деревья качаются под ветром, как спешат прохожие, потому что холодно, и т. п. Если начинает выстраивать ряды из игрушечных машин или кубиков, мы помогаем ему, приговаривая: «Вот, держи, еще один кубик. Какой длинный поезд получается! Много-много вагонов!» Если залезает на горку – помогаем забраться по лесенке, говоря при этом: «Какой сильный мальчик!», а когда залез: «Вот какой высокий!», а потом ловим ребенка, придерживая его на секунду, когда он съезжает с горки, пытаюсь заглянуть ему в лицо и перехватить взгляд: «Вот это смелый парень! Ай да молодец!».

С помощью такого комментария мы стремимся придать игровой (бытовой, житейский) смысл аутостимуляторным действиям ребенка. Некоторые наши «обозначения» обязательно порадуют малыша, некоторые он не примет, «не услышит». Конечно, для формирования полноценного разделенного переживания важно найти и выделить с помощью

комментария наиболее значимые впечатления, какие-то особенно ценные для ребенка детали. Можно надеяться на «случайное попадание», но лучше поговорить с родителями ребенка, чтобы узнать, на что он обращает внимание в течение дня, чем занимается, что может его порадовать и заинтересовать.

Подчеркнем еще раз, что наш комментарий содержит в себе и смысловой и эмоциональный компоненты. Прежде всего, мы обозначаем, эмоционально проговариваем то, что происходит с ребенком, то, что он видит и чувствует, то, что он делает (один или вместе с нами), стремясь всякий раз придать его действиям игровой или житейский смысл. Кроме того, мы говорим о своих чувствах, даем свою эмоциональную оценку происходящему. Например: «Гоша к нам пришел – как мы давно не виделись! Привет, очень рады, заходи скорее! Будешь с горки кататься? Здорово залез, высоко. Поехали, сейчас тебя поймаю! Поймала Гошу, полетел Гоша, как птичка (кружим ребенка на руках), летит, летит – и в гнездышко (сажаем малыша на подоконник). Ну, что там за окном? Там ветер сильный, дождь льет у-у-х какой! Смотри, собака бежит, наверное, замерзла, спешит домой.

А что там у нас на столе? Краски, будем рисовать дождь и лужу большую–пребольшую. Вот умница, здорово у тебя получается! Как ты прыгаешь высоко, как же ты рад! (если у ребенка возбужденное и радостное настроение) Я тоже рада, давай вместе радоваться! Гоша скачет, как зайчишка, как зайчишка поскакал!» и т.п.

Следует отметить, что мы не упрощаем свою речь, не ограничиваемся, например, только комментированием действий ребенка или проговариванием инструкций и поощрением их выполнения, не пытаемся говорить короткими простыми фразами, опасаясь, что ребенок чего-то не поймет. Точнее сказать, мы адресуем свой комментарий реальному эмоциональному возрасту ребенка, ориентируясь на те впечатления, которые его радуют, тот уровень взаимодействия, который ему доступен. Этот эмоциональный возраст у аутичного ребенка всегда меньше реального, поэтому, рекомендуя родителям эмоционально-смысловой комментарий, мы обычно уточняем: «Общайтесь с ре-

бенком так, как будто ему 1–1,5 года, и он только начинает говорить», или: «Представьте себе, что он трехлетка, играйте и разговаривайте с ним, как с трехлетним ребенком».

Когда мы говорим об эмоциональном компоненте комментария, то, прежде всего, имеем в виду интонацию, мимику, жесты, т. е. невербальный компонент речи, передающий эмоциональное состояние, «эмоционально акцентирующий» речь взрослого. Само построение речи, включение междометий, поощрительных, ласковых, ободряющих слов придает комментарию положительный, активирующий оттенок.

Конечно, эмоциональный компонент проявляется не только в невербальном поведении взрослого, но и, прежде всего, в самом содержании комментария. Мы не просто констатируем происходящее, а стремимся передать свое отношение к тому, что происходит с ребенком, что он делает и что он чувствует. Опыт работы подтверждает, что наша эмоциональная оценка постепенно начинает учитываться ребенком, регулировать его поведение. Игровой комментарий помогает справиться и с аффективными проблемами: смягчить агрессию, негативизм ребенка, преобразовать его страхи.

Подчеркнем, что эмоционально-смысловой комментарий является неотъемлемой частью нашего коррекционного подхода в целом, сопровождая не только игровое взаимодействие, но и, по возможности, всю жизнь ребенка. Направленность на аутостимуляцию, поиск стереотипных ощущений не дают возможности аутичному ребенку последовательно осмыслить происходящие с ним события, сформировать целостную картину мира. Наш комментарий, фиксируясь в первую очередь на приятных ощущениях и впечатлениях, вносит в них смысл, накладывает на них игровое или бытовое обозначение. Поэтому мы не только комментируем все происходящее, все события, впечатления и ощущения ребенка на игровом занятии, но и просим родителей сопровождать таким комментарием весь его день: утренний туалет, еду, прогулку, походы в магазин и в гости и т. п.

Таким образом, эмоционально-смысловой комментарий – это универсальный прием работы, который используется и на психологических

занятиях, сопровождая игровое взаимодействие, и дома – родителями ребенка. Комментарий фиксируется в первую очередь на приятных ощущениях и впечатлениях, на эмоционально значимых для малыша деталях, но при этом обозначает и смысл всего происходящего с ним. Такой подход помогает установить контакт с аутичным ребенком, не требуя от него сразу активного включения во взаимодействие.

Разворачивание в речи и эмоциональное обозначение всего, что происходит с ребенком, имеет своей целью постоянно доводить до его сознания и смысл испытываемых им переживаний, и смысл житейских событий, и смысл человеческих отношений. Наш комментарий, опираясь на разделенное переживание, позволяет ребенку постепенно выстраивать собственную осмысленную картину мира, осознавать свои чувства и чувства других людей, связь и последовательность житейских событий, их обусловленность общими правилами и личными отношениями. С помощью такого комментария формируется индивидуальная система эмоциональных смыслов, необходимая каждому человеку для непосредственного выживания и социализации, для управления собственным поведением, для постановки личных целей и их достижения.

Литература

1. Баенская Е.Р. Закономерности раннего эмоционального развития в норме. Раннее аффективное развитие детей с аутизмом / Е.Р. Баенская // Альманах ИКП РАО. – 2014. – № 19.
2. Боулби Д. Привязанность / Боулби Д. – М.: Гардарики, 2003. – 477 С.
3. Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина – СПб.: Питер, 2009. – 320 С.
4. Никольская О.С. Аутичный ребенок: пути помощи. / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 1997. – 342 с.
5. Никольская О.С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение / О.С. Никольская – М.: МГППУ, 2008. – 571 С.

Будина И.А., Алексеева М.О. Визуальные средства коррекции нарушений речи при аутизме: альтернативная коммуникация / И.А. Будина, М.О. Алексеева // Современные тенденции развития науки и технологий – 2016. – № 7–6 – С. 16–18.

***Аннотация.** В статье раскрывается понятие визуальных средств коррекции при нарушении речи у детей аутистов, рассматриваются виды визуальных средств для альтернативной коммуникации, способствующие речевому развитию.*

***Ключевые слова:** визуальные средства коррекции, коммуникация, альтернативная коммуникация.*

Методы визуализации в логопедической работе – методы, при применении которых используются наглядные пособия и технические средства обучения, позволяющие подкреплять речевой материал зрительным. Использование визуализации значительно повышает эффективность логопедической работы, так как опирается на чувственные образы ребенка, делает материал более конкретным, а его усвоение более доступным. В настоящее время в связи с введением ФГОС рядом педагогов визуальное моделирование рассматривается как одно из универсальных учебных действий. Использование визуализации в коррекционном процессе само по себе не является инновацией, однако развитие средств визуализации как самостоятельной интеллектуальной способности в рамках речевой деятельности является более современным подходом в специальном образовании.

Коррекция речевых недостатков у детей представляет собой системное многоуровневое воздействие, которое затрагивает все структурные компоненты речи, отмечают Рыскина В., Лазина Е. Визуализация с этой точки зрения может служить той базой, связующим звеном, которое позволяет объединить все компоненты языка в единое целое и сформировать речь как систему [3, с. 15].

Рыскина В., Лазина Е. отмечают, что большинству детей с аутизмом сложно воспринимать информацию на слух именно из-за недоста-

точного понимания смысла слов, а значит им трудно учиться только по устным инструкциям. А вот зрительное восприятие информации у многих из них на высоте. Именно поэтому визуальные материалы помогают детям с аутизмом учиться правильной речи [3, с. 15]. Коммуникация в широком смысле – процесс установления и развития контактов между людьми, который возникает в связи с потребностью в совместной деятельности и построен на обмене информацией, взаимном восприятии и влиянии друг на друга.

Отсутствие коммуникации – это тоже коммуникация. Попытки аутистов взаимодействовать с окружающими людьми часто игнорируются, поскольку из-за нарушений речи они являются нетипичными. Для понимания аспекта недоразвития речи у аутистов важно знать, что такой ребёнок может выражать свой интерес к чему-то с помощью длительного изучения, прежде чем непосредственно попробовать; ему нужно понять, как работают все части предмета, как устроено человеческое общение, как человек реагирует на разные ситуации, прежде чем общение станет комфортным. Важным в педагогической работе над речевой сферой таких детей называют принцип визуализации.

Румянцева О. А., Старосельская Н. Е. выделяют множество видов визуальной поддержки, облегчающей и развивающей речь при аутизме – письменные инструкции, визуальные границы в помещении, изображения–подсказки, расписание дня из картинок, пошаговые инструкции в картинках или на видео и т.д. Выбор средства визуализации зависит от формы аутизма и познавательных способностей ребёнка. Визуальные материалы помогают ребёнку «разговаривать» самостоятельно и без подсказок [4, с. 22]. Альтернативная коммуникация – это все средства коммуникации, дополняющие или заменяющие обычную речь людям, не способным при помощи неё удовлетворительно объясняться. Альтернативная коммуникация может быть необходима постоянно, применяться как временная помощь и рассматриваться как помощь в приобретении лучшего владения речью. Альтернативная коммуни-

кация стимулирует появление речи и помогает её дальнейшему развитию. Использование дополнительных средств соответствует абстрактному, символьному мышлению, которое характерно для детей-аутистов, способствует развитию понимания обращённой и появлению вербальной речи.

Виды визуальных средств для альтернативной коммуникации, способствующие речевому развитию:

1. Жесты. Жест – действие или движение человеческого тела или его части, имеющее определённое значение или смысл, являющееся знаком или символом.

2. Графические символы.

3. Обучение глобальному чтению. Глобальное чтение является одной из самых эффективных методик дополнительной коммуникации для стимуляции речевого развития у детей с аутизмом, поскольку сильной стороной таких детей является зрительное и образное восприятие. Суть глобального чтения заключается в том, что ребёнок может научиться узнавать написанные лексемы целиком, не вычленяя фонем [1, с. 15–25].

4. Система коммуникации при помощи карточек PECS. PECS переводится как «система коммуникации через обмен картинками», в которой с собеседником вместо реплик обмениваются карточками, как правило, для того чтобы попросить о чём-то [2, с. 5].

5. Социальные истории – это короткие рассказы-описания тех или иных ситуаций, которые пишутся от имени ребенка-аутиста и сопровождаются иллюстрациями.

6. Реальные предметы. Использование предметов как визуальных средств дополнительной коммуникации подходит детям, находящимся на начальных этапах развития речи, а также имеющим дополнительные нарушения зрения.

7. Видеомоделирование – это метод коррекционного обучения, в котором используется видеозапись и демонстрационное оборудование,

создающие визуальную модель речевой инструкции, то есть подсказки с помощью видео. Таким образом, существует несколько различных способов визуализации, помогающей ребёнку с аутизмом понять смысл использования речи и правильно пользоваться ей самому. Эти средства входят в понятие альтернативной (дополнительной) коммуникации, суть использования которой заключается в предоставлении дополнительной наглядной поддержки детям, которые «мыслят картинками». Однако все дети с аутизмом по степени развития отличаются друг от друга, поэтому единого для всех средства наглядности не существует. Очень важно, чтобы решение о выборе визуального дополнительного средства для конкретного ребенка было результатом командной работы, когда наглядные инструменты оцениваются совместно с родителем ребенка до принятия какого-либо решения. Критерии при выборе устройства визуализации включают когнитивные и моторные навыки ребенка, его стиль обучения, коммуникационные потребности и способность к чтению.

Литература

1. Лебединская К.С. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская – Аутизм и нарушения развития. – 2004. – №3. – С. 19.
2. Лори А. Фрост. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS): руководство для педагогов / А. Фрост Лори, Э. Бонди – М: Теревинф, 2011. – 416 с.
3. Рыскина В. Коммуникация с помощью картинок / В. Рыскина, Е. Лазина – Великобритания: Эвричайлд, 2010. – 64 с.
4. Румянцева О.А., Старосельская Н.Е. Начальный этап коррекционной работы с неговорящими детьми / О.А. Румянцева, Н.Е. Старосельская – СПб: Диагностика и коррекция речевых нарушений, 2001. – С. 20–23.

Кондрат И.С. Опыт организации индивидуальной работы с аутичным ребёнком в условиях логопедического пункта массовой школы / И.С. Кондрат // Коррекционно-педагогическое образование. – 2017. – № 4. – С 42–47.

Введение. Организация педагогического процесса требует обязательного соблюдения гигиенических и психолого-педагогических условий для лучшего взаимодействия с обучающимся, что должно способствовать увеличению активности на уроке или занятии, улучшению когнитивных функций (памяти, внимания, мышления). В современной школе в условиях инклюзивного образования учитель не только занимается передачей знаний, но и является сопровождающим ребёнка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), то есть тьютором. Дети с ОВЗ требуют индивидуального подхода и повышенного внимания со стороны учителя не только на уроке, но и вне его.

Обсуждение опыта. С проблемой сопровождения таких детей мне пришлось столкнуться, когда занималась обучением девочки с аутизмом.

В моем понимании, «...аутизм – это уже не что-то новое, это широко известный синдром». Из всех определений аутизма можно выявить главное – это нарушение развития, влияющее на коммуникативную функцию, а также восприятие и понимание окружающего мира. Так как это нарушение является «первазивным», то есть затрагивает человека в целом, то и коррекции поддаётся плохо. В условиях инклюзии такие дети могут обучаться в массовой школе, поэтому надо понимать, насколько важным является полное сопровождение такого ребёнка. Организация психолого-педагогического процесса должна быть направлена на адаптацию в окружающем мире, используя и опираясь на уже сформировавшиеся особенности характера, интересы. Обучение и сопровождение переплетаются.

Девочка поступила в первый класс, но не смогла обучаться совместно с обычными детьми в силу особенностей поведения, которыми

характеризуется данный дефект. Наши занятия проходили как на дому, так и в школьном кабинете. Уроками наши занятия назвать нельзя, очень много отличий, которые возникают в связи с нарушением развития, обусловленного аутизмом. Поэтому сложно назвать такие уроки уроками, это всё-таки занятия.

Первые впечатления... Я пришла в назначенное время, в прихожей девочку держала мама за плечи, она поздоровалась и убежала в комнату. Когда мы вошли, Августа стала то прятаться за маму, то садиться ей на колени, то метаться по комнате, всё это сопровождалось криком. Так она реагировала на вторжение постороннего человека в её устоявшийся мир, что является одним из признаков аутизма. Всё время, пока девочка прыгала и кричала, я слушала маму, которая мне говорила о том, что Августа умеет читать, писать печатными буквами, имеет определённые бытовые познания и навыки. Два раза в неделю к ним приходит дефектолог, и дочь ведёт себя на занятиях адекватно. Постепенно Августа успокоилась, мне удалось на какой-то момент удержать её внимание. Таким образом, состоялось наше знакомство. Вывод тогда я сделала такой: передо мной ребёнок, прежде всего, с синдромом аутизма, а уже потом может быть с лёгкой умственной отсталостью, этот вопрос и сегодня для меня остаётся открытым. Параллельно с занятиями, начала читать специальную литературу, для выработки правильного поведения и построения занятий таким образом, чтобы достичь наилучшего результата.

Постепенно знакомясь с Августой, я увидела, что девочка приучена к самообслуживанию, правилам личной гигиены, правильному поведению с педагогом, подготовлена к школе. Она знает обобщающие понятия (одежда, домашние и дикие животные, птицы, рыбы, мебель, посуда), умеет читать. В квартире висели учебные таблицы, алфавит. Девочку приучили заканчивать начатое, что является для аутиста очень важным мобилизирующим фактором – «Надо доделать». Было видно, что родители принимают огромное участие в развитии дочери.

Сначала внимание Августы я могла удерживать 15 минут, потом 15-ти минутный перерыв и опять приступали к занятиям, затем дольше, к середине года мы уже занимались 35 минут, делали небольшую перемену и заканчивали занятие, а к февралю мы с моей подопечной вышли уже на полноценные два раза по 35 минут. Всю первую четверть Августа ко мне присматривалась, относилась с недоверием. Ко второй четверти у неё появился ко мне интерес как к «предмету», она меня рассматривала, заглядывала за очки, которые ей были особенно интересны. Девочка стала выполнять мои требования, а к началу третьей четверти мы уже занимались самостоятельно без присутствия мамы. Так как нарушена экспрессивная речь, темпо-ритмическая её сторона – с невыразительным тихим голосом. Периодически возникают эхолалии, имеется нарушение фонематического слуха и звукопроизношения, необходимо было заниматься коррекцией произношения, развитием слухового восприятия, фонетической ритмикой. Очень нравилось Августе петть гласные с движением рук. Так мы запомнили само слово – «гласные». У Августы очень хорошая зрительная память. Поэтому правописание основано не на заучивании орфограмм, а на визуальном запоминании буквосочетаний или слов.

Особенности, которые надо учитывать. Увлечения аутиста – главное, о чём он может думать и чем заниматься постоянно, этим можно воспользоваться при обучении. Зайцы – вот, что занимало мою ученицу в первом классе. Зайцев в комнате было множество, и разных. Во время занятия неожиданно у Августы могла возникнуть необходимость кого-то пересадить или уложить спать, а кого-то посадить на стол. Тогда мы начинали зайцев считать, подбирать прилагательные или глаголы. Августа очень не хотела, а порой, отказывалась писать в прописях, учить письменные буквы, сопоставлять звук и букву. Помогли зайцы. Начинали писать слово ЗАЯЦ, ЗАЙКА или ЗАЙЦЫ печатными буквами. Например, надо учиться писать букву «Я», мы пишем слово ЗАЯЦ, уточняем место буквы «Я», ищем её в прописях, начинаем писать. Первое словосочетание было «СЕРЫЙ ЗАЙКА», первое предложение «ЗА-

ЯЦ СИДИТ». Первый текст «ЗАЙЦЫ». Восстановление деформированного предложения о зайце и работа с деформированным текстом «Зайцы» проводились с использованием картинки и табличек. Самый любимый предмет Августы «математика». Усвоение идёт легко и с удовольствием. Не вызывает сопротивления и геометрический материал. Но вот отрезки приходится чертить цветными карандашами, так как нет понимания слова «другой». В первом классе Августина не хотела решать задачи, но выход нашёлся. Это оказались всё те же зайцы. Именно зайцев я включила в задачи. С них можно было переключаться на лягушек, птичек и т. д. Во втором классе возникли трудности с решением задач на логическое мышление и с решением задач, которые не могут быть поняты из-за недостаточно развитого словаря. Тогда сначала идёт словарная работа с использованием табличек и картинок, а потом решение задачи. Конечно, это занимает дополнительное время. Таким образом, усвоение программы затягивается. Как настоящий аутист, моя ученица абсолютно не воспринимает понятия времени и денег, то есть она решает задачи, но вот сути временных и денежных отношений не понимает.

Во втором классе возникла новая проблема – рисование. Все уроки в этом году начинались с рисования. В подобных случаях я поступала таким образом: откладывала рисунок и говорила: «После ты можешь дорисовать, а сейчас нужно сделать...». Препятствовать рисованию не имело смысла, отвлекаясь на творчество, девочка отдыхала – это была её «перемена». Теперь, в конце третьей четверти, рисунок может быть только начат, или не начат вовсе. Этот этап Августа уже миновала. Что будет следующее?

О перемене... Во время отдыха между уроками я включаю элементы физических упражнений: повороты, приседания, наклоны; даю понятия: вверх, вниз, вправо, влево, назад, вперёд, шаг, бег и т. д. Для лучшего запоминания я использую таблички.

Я уже не раз обращала внимание, что обучение идёт с опорой на слухо-зрительное восприятие, т. е. буквально на всё есть таблич-

ки, а во втором классе мы завели тетрадь, в которой расшифровываем понятия, рисуем, составляем из табличек предложения или тексты. Не все упражнения в учебнике Августа готова выполнять. Например, восстановление деформированного текста девочка делает с помощью табличек, из учебника она может переписать предложения так, как они там напечатаны. Это надо учитывать. Августа, как и другие дети с подобным нарушением развития, думают и говорят о себе в третьем лице: «Августа хочет, пишет и т. п.». Надо было научиться думать о себе в первом лице, выучить местоимение «Я».

Потребовалось набраться терпения для достижения результата. Чтобы не забывать об этом, моя ученица и сегодня подписывает свои работы: «Я нарисовала, я наклеила, я сделала...». В первом же классе мы освоили формулу просьбы. Это было так. Например, я просила пойти к маме и сказать: «МАМА, ДАЙ МНЕ ТЕТРАДЬ (КАРАНДАШ и т. д)». При этом Августа прикладывала руку к груди точно так же, как когда мы учили местоимение «Я». Сначала, она прибегала к маме, останавливалась и показывала, что надо идти в комнату. И уже вместе мы добивались произнесения нужной фразы. Мы договорились, и дома Августе тоже приходилось говорить: «... ДАЙ МНЕ...». Наша настойчивость и терпение увенчались успехом.

Необходимо отметить, что в ходе работы, мне не раз приходилось переключаться как на стойкий интерес Августы, так и на сиюминутное отвлечение и использовать это во время урока. Например, когда в первом классе моя ученица забиралась на подоконник смотреть, как на школьном стадионе идёт урок физкультуры, я тут же переключалась, поддерживала интерес к происходящему и уточняла понятия: школа, школьный двор, школьный стадион, урок физкультуры; глаголы: бегать, прыгать, висеть, соревноваться и т. п. Вид из окна нам говорил о погоде, явлениях природы, смене месяцев и времён года. На всё я делала таблички, приносила картинки. Следовательно, на всех уроках мы изучаем предмет «Окружающий мир» и занимаемся развитием речи.

Есть ещё одна особенность, которой стоит уделить внимание. Иногда можно долго заниматься объяснением чего-либо и не видеть никакой реакции, девочка может сидеть и, кажется, не слушать и не слышать, а потом встать и написать на доске правильный ответ или найти нужное предложение в тексте. В такие моменты приходится быть особенно терпеливой. К счастью, хочу отметить, что девочка отличается трудоспособностью и интересом к учёбе, что придаёт мне, как учителю, сил и оптимизма.

Особенно трудно идут уроки по предмету «Литературное чтение». Здесь всё непонятно, а что непонятно и читать не хочется. Образные выражения, метафоры, слова с абстрактными значениями – это не для аутиста. Как объяснить, что стрекоза лето КРАСНОЕ (лето красного цвета?) ПРОПЕЛА (стрекоза поёт?), и что КАТИТ зима в глаза? Только простейшие, прозаические тексты, или стихи будут восприниматься позитивно. Следовательно, могут быть предложены для чтения, работы и заучивания. Поэтому материал учебника используется избирательно и обязательно адаптируется.

Заключение. Подводя итог, считаю очень важным сказать, что необходимо строить обучение таким образом, чтобы оно шло в соответствии с интересами обучающегося. Нельзя не согласиться с Тео Питерсом, который отмечает важность выявления круга интересов ребёнка для повышения его активности «Чем больше заданий будет основано на интересах, тем выше будет мотивация к работе». Обобщая всё вышесказанное, напрашивается вывод о том, что ребёнок с подобным нарушением развития может обучаться в массовой школе, но обязательно по своему маршруту. При ведении обучающегося с таким нарушением развития функции обучения и сопровождения тесно взаимосвязаны. Следовательно, успешность педагогической работы целиком зависит от правильно и комплексно организованного сопровождения и принятых мер для организации индивидуального подхода с учётом состояния здоровья, психических и физиологических особенностей обучающихся.

Литература

1. Питерс Т., Гилберт К. Медицинское и педагогическое воздействие. Книга для педагогов-дефектологов. М.: Владос, 2005. С. 65.

Кухарчук О.В. Стратегии и техники прикладного анализа поведения как метода коррекции аутистических расстройств / О.В. Кухарчук, С.С. Полякова // Образование в современном мире.– Саратов: Изд-во Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского. – 2016. – С. 157–160

В настоящее время, к сожалению, в нашей стране и за рубежом наблюдается тенденция увеличения числа выявленных случаев у детей аутизмом. К проблеме «излечения» аутизма приковано внимание учёных и практиков различных научных профилей. Перед ними стоит задача: оказание помощи детям с аутизмом в преодолении некоторых симптомов данного расстройства; научить их приспосабливаться к жизни в социуме.

До некоторого времени считалось, что единственным решением проблемы – помещение этих детей в специальные интернаты для умственно отсталых, что приносило больше вреда, чем пользы. Со временем стало ясно, что помочь детям с расстройствами аутистического спектра можно только при условии совместных усилий семьи и специалистов.

Каждому ребёнку с аутизмом нужен индивидуальный подход, т.к. аутизм представляет собой широкий спектр поведенческих отклонений и поэтому рекомендовать одно универсальное средство для всех детей, страдающих аутизмом, не представляет возможности.

Исходя из индивидуальных и конкретных особенностей ребёнка, для него составляется строго структурированная программа обучения. Специалист, в ходе работы с ребёнком, эту программу периодически пересматривает и корректирует.

Коррекционную работу с детьми с РАС необходимо начинать как можно раньше. При правильно организованном обучении ребёнок делает большие успехи.

Прикладной анализ поведения – один из самых востребованных методов в мировой практике реабилитации аутистов, это научная дисциплина, основы которой были заложены Б.Ф. Скиннером в 50-х годах прошлого века.

Анализом поведения является систематическое изучение факторов, влияющих на поведение (Sulzer-Azaroff&Mayer, 1991). Applied Behavior Analysis (ABA) он же «Прикладной анализ поведения» (ПАП) – это дисциплина, занимающаяся применением поведенческой науки в реальных условиях в больницах и школах с целью решения социально-значимых проблем, например, проблемы с поведением и учебой (Baer, Волк, и Risley, 1968).

Скиннер придерживался мнения, что личность – это не что иное, как определенные формы поведения, которые приобретаются ребёнком посредством оперантного научения.

Знание этих принципов функционирования поведения позволило исследователям разработать тактики, направленные на изменение поведения. Это в свою очередь и привело к появлению направления, получившего название Applied Behavior Analysis (ABA).

Основная задача АВА – выявить цель поведения и, учитывая знание цели, смоделировать ненормативное поведение в социально одобряемое.

Программа АВА всегда строится на индивидуальной основе и разбивает сложные навыки на мелкие блоки. Перед тем, как использовать метод прикладного анализа поведения, проводится комплексное обследование навыков ребёнка с РАС.

Одним из наиболее распространенных поведенческих тестирования навыков детей с РАС является тест ABLLS-R Д. Партингтона. Он позволяет понять – на каком уровне функционирования находится ребёнок: в каких областях он испытывает наибольшие затруднения и на каком уровне находятся его начальные знания. Результаты, полученные в процессе тестирования ABLLS-R, обеспечат педагога-дефектолога информацией, которая может стать основой для разра-

ботки эффективной программы по обучению речи и приобретением социальных навыков ребёнка.

Когда определены основные направления коррекции, важно изучить основные техники и базисные составляющие метода.

Техника АВА (прикладного анализа поведения), которая используется для уменьшения проблематичного поведения путем поощрения или подкрепления альтернативного (социально одобряемого) поведения, выполняющего ту же функцию, называется дифференциальным подкреплением альтернативного поведения. Подкрепление за нежелательное поведение при этом удерживается.

Данная техника широко применяется для коррекции различных поведенческих проблем, таких как агрессия, вспышки гнева, самостимулирующее поведение и т.д.

Функция поведения, указывающая на источник его подкрепления, как правило, находится в окружающей среде.

С точки зрения АВА, поведение имеет 4 основных цели:

- Социальное внимание – с целью получения социального внимания или любой реакции от других людей ребёнок может демонстрировать то или иное поведение (он может заставить взрослых посмотреть на него, посмеяться над ним, поиграть с ним, обнять его или поругать его);

- Получение желаемых предметов или занятий – это такое поведение, при котором ребёнок получает желаемый предмет или доступ к желаемому занятию (ребёнок кричит и вопит, пока родители не купят ему новую игрушку (желаемый предмет) или не отведут в цирк (занятие));

- Побег или избегание – это такое поведение, при котором ребёнок хочет чего-то избежать или покинуть какую-то ситуацию (ребёнок может проявлять агрессию, чтобы педагог или родители перестали с ним заниматься);

- Сенсорная стимуляция – самостимулирующее поведение – это такое поведение, которое приносит ребёнку физиологическое удовле-

творение (ребёнок раскачивается взад-вперед, потому что это доставляет ему удовольствие; в то время как другой ребенок потирает коленку, которую он ушиб о край стола. И в том, и другом случаях дети не пытаются получить внимание или что-то желаемое, как не пытаются и избежать каких-то внешних требований).

Поведение – это очень динамичный процесс. Оно меняется в каждый конкретный момент времени. Поведенческий подход исследует, что будет происходить с поведением ребёнка в будущем или, точнее, с вероятностью возникновения поведения ребёнка в будущем.

Определив цель поведения ребёнка, можно его поведение подкрепить, т. е усилить или, наоборот, ослабить.

В связи с этим различают:

- положительное усиление (подкрепление) – это такое поведение, которое позволяет ребёнку, что-то получить, и которое приводит к появлению некоторого события, связанного с увеличением возникновения этого поведения в будущем;
- отрицательное усиление (подкрепление) – это такое поведение, которое позволяет ребёнку чего-то избежать или приводит к тому, что нечто убирается.

Подкрепление (усиление) – это процесс, с помощью которого целевое поведение усиливается, если подкрепление следует сразу после поведения, и он является одним из важнейших принципов возникновения поведения в большинстве поведенческих программах.

Если специалист хочет закрепить желательное поведение, то сразу после выполнения задания следует одновременно подкрепление (усиление) и, наоборот, для того чтобы ненормативное поведение не закреплялось – не следует его подкреплять.

Ослабление (наказание) – это процесс, который следует сразу за поведением и при этом уменьшается вероятность возникновения этого поведения в будущем. Как в случае с усилением, различают положительное ослабление – когда в окружающей среде после поведения

что-то добавляется и отрицательное ослабление, когда в окружающей среде в след за поведением что-то исчезает.

Угасание реакции – это прекращение подкрепления того поведения, которое до этого усиливалось, т.е. после чего целевое поведение угасает. Процедура угасания реакции должна выполняться осторожно и только под наблюдением профессионалов, так как она сопровождается, так называемым, «взрывом». Перечислим основные характеристики «взрыва»:

- сильные эмоциональные реакции, в том числе, агрессия и истерики;
- появление новых видов поведения, которых до процедуры угасания не было.

Таким образом, АВА на замену нежелательному поведению всегда дает альтернативное, т.к. первое имеет тенденцию повторяться при отсутствии другого «шаблона». К примеру, если ребёнок во время канистерапии (метод лечения и реабилитации с использованием специально отобранных и обученных собак) бьет собаку, то следует предоставить ребенку альтернативное поведение – научить гладить её, и каждый раз, когда ребёнок будет сам гладить её – поощрять его поведение значимыми для него вещами (стимулами). Наиболее вероятно, что впоследствии ребёнок будет только гладить собаку, т.к. его неадаптивное поведение (избиение собаки) поставили на «вымирание» и никак не подкрепляли, а желательное поведение закреплялось положительными реакциями.

Инструмент, с помощью которого специалист признаёт и сохраняет правильное поведение ребёнка, называется наградой или «подкреплением». Они могут быть самыми разными, в зависимости от предпочтений и нужд ребёнка. В качестве «первичных подкрепителей» специалист может использовать съедобные награды (орехи, изюм, фисташки, семечки, конфеты и др.), при этом нужно убедиться, что нет на них аллергии у ребёнка.

Таким образом, расстройства аутистического спектра представляют собой сложные нарушения психического развития, при котором

наблюдаются, прежде всего, расстройства процессов коммуникации, поведенческие расстройства, трудности формирования эмоциональных контактов с внешним миром, окружающими людьми и, как результат, нарушение социальной адаптации.

Своевременная и адекватная коррекция аутизма играет огромное значение для успешной социализации детей с РАС в социум.

Прикладной анализ поведения (АВА) – это дисциплина, занимающаяся применением поведенческой науки в реальных условиях.

Стратегии и техники АВА помогают обеспечить продолжительные изменения; учат, как правильно подкреплять альтернативное поведение, чтобы сделать его более выгодным, чем неуместное поведение; помогает создать для ребёнка мотивацию следовать предпочтенному и более приемлемому поведению.

Дифференциальное подкрепление альтернативного поведения – это прекрасный инструмент АВА, который, как правило, приводит к очень быстрым и значимым изменениям в поведении, а, следовательно, к успехам в обучении и социализации детей с РАС.

Литература

1. Комплексный подход к работе с детьми с ранним детским аутизмом и вопросы подготовки специалистов: сборник научных трудов/под ред. О.В. Кухарчук, О.И. Сусловой, Л.В. Шиповой. – Саратов: ИЦ «Наука», 2013. – 155 с.
2. Кухарчук О.В. Использование прикладного анализа поведения в работе с аутичными детьми / О.В. Кухарчук О.Н. Рыжкова // Социокультурная интеграция и специальное образование. – М.: 2015. С. 316–320.
3. Использование стандартизированных тестов для оценки первоначальных навыков. – URL: <http://www.autism-AVA.blogspot.ru/> 2010/02/blog-post09.html (дата обращения 15.02.2016 г.)
4. Мелешкевич О. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА): принципы коррекции проблемного поведения и стратегии обучения детей с расстройствами аутистического спектра и другими особенностями развития / О. Мелешкевич, Ю. Эрц – Самара: Издательский дом «Бахрах-М», 2014. – 208 с.

Тишина Л.А. Использование жестов в коррекционно-логопедической работе с детьми с расстройствами аутистического спектра / Л.А. Тишина, Н.Н. Голубева // Актуальные проблемы образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. Материалы научно-практической конференции с международным участием. – 2018. – С. 130–134.

Аннотация. В статье рассматривается вопрос о применении жестов в коррекционно-логопедической работе с детьми с расстройствами аутистического спектра. Тема статьи актуальна в связи с повышенным вниманием к вопросу формирования и развития навыков невербальной коммуникации у неговорящих дошкольников с аутизмом. Интерес вызван тем, что, во-первых, группа детей с такой патологией требует особого внимания и индивидуально дифференцированного подхода; во-вторых, появление системы коммуникации с помощью языка жестов помогает социализироваться детям с расстройствами аутистического спектра в обществе.

Abstract. The necessity of using gestures in correctional-logopedic work with children with autism is considered. The topic of the article seems to be relevant due to increased attention to the issue of formation and development of nonverbal communication skills of non-speaking preschool children with autism. The interest is caused by the fact that, firstly, a group of children with this pathology requires special attention and a thought-out individual differentiated approach; secondly, the emergence of a system of communication using sign language helps to socialize children with autism in society.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра; аутизм; неговорящие дети; онтогенез; навыки невербальной коммуникации; жестовый язык; социальное взаимодействие; альтернативная коммуникация; дополнительная коммуникация.

Keywords: autism spectrum disorders; autism; non-speaking children; ontogenesis; nonverbal communication skills; sign language; social interaction; alternative communication; additional communication.

На сегодняшний день в нашей стране особую актуальность имеет проблема оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра, особенно в вопросах социализации и коррекционно-логопедической работы. Это определяется основной особенностью нарушений аутистического спектра – глубоким дефицитом навыков социального взаимодействия, а также заметно возросшим за последние десятилетия количеством детей с различными формами аутизма.

Несформированность коммуникативных навыков, проявляющаяся в виде отсутствия или отставания развития разговорной речи, неспособности инициировать или поддерживать диалог, стереотипных высказываний, является одним из главных нарушений, препятствующих успешной социальной адаптации у детей с аутизмом. У детей с такой патологией отсутствие или недостаточное развитие вербальной коммуникации не компенсируется спонтанно в виде использования невербальных средств коммуникации (жестов, мимики, языка тела). Ф.Р. Волкмар, Л.А. Вайзнер [1] отмечают, что в последнее десятилетие зарубежными специалистами разработаны различные подходы и методы обучения детей с расстройствами аутистического спектра широкому спектру коммуникативных и социальных навыков.

Среди наиболее применяемых подходов для формирования и развития коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра важно отметить следующие: вербально-поведенческий подход, варианты средовых методов обучения, программа PROMPT, нацеленная на стимуляцию артикуляционного аппарата с целью улучшения произносительной стороны речи, а также развивающие подходы, к которым относятся метод DIR Floortime, программа SCERTS, Денверская модель.

Для детей с выраженными моторно-речевыми проблемами применяются стратегии аугментативной коммуникации, предполагающие использование различных методов, среди которых обучение жестовому языку. Использование жестов в сочетании с речью лежит в основе подхода тотальной коммуникации. Метод альтернативной коммуника-

ции с помощью карточек PECS подразумевает использование картинок в качестве основного средства коммуникативного обмена и развития ребенка с расстройствами аутистического спектра.

В отечественной коррекционной педагогике и специальной психологии представлены единичные практико-ориентированные исследования, направленные на изучение специфических особенностей невербальной коммуникации, в том числе жестового языка, у дошкольников с аутизмом. Существующие методы в системе коррекционной работы, направленные на формирование и развитие коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра недостаточно дифференцированы в зависимости от структуры дефекта при различных формах расстройств аутистического спектра.

Возможность выражать потребности и отношение к происходящему, делать выбор, принимать или отказываться – это есть возможность коммуникации, которая является ключевой потребностью любого человека.

В последние десятилетия активно развиваются представления о значении различных видов невербальной коммуникации, ценности жестового общения в развитии человека. В психолого-педагогической литературе необходимость изучения невербальных средств общения рассматривается как одно из условий наиболее успешной адаптации человека в любой обстановке, установления коммуникативных связей с людьми. Невербальная коммуникация, осуществляемая при личном контакте партнеров, играет важную роль в процессе общения. Средства невербальной коммуникации могут сопровождать речь человека, а могут использоваться самостоятельно.

Основные этапы довербального и начального вербального развития ребенка в онтогенезе освещены в трудах Л.С. Выготского [2]. Автор подчеркивает, что эмоционально-положительное общение взрослого с ребенком имеет огромное значение для развития личности ребенка, постепенно и поэтапно формируя у него коммуникативную потребность и развитие речи. Е.А. Петрова [5] указывает, что жесты связаны с речью

и образуют на определенном этапе развития ребенка единый комплекс речи и жестикуляции. Жесты являются важным элементом протоязыка, играя ведущую роль в период довербальной коммуникации и усвоения речи в раннем онтогенезе, обладая большей конкретностью, ситуативностью, более сложной семиотической природой по сравнению с другими визуальными знаками. Жестовый язык маленького ребенка – важный этап развития общения, на котором формируется один из распространенных видов невербальной коммуникации. По мнению О.С. Никольской [4], дошкольники с расстройствами аутистического спектра представляют собой полиморфную группу, в которой тяжесть аутистических проявлений выражается в разной степени. У этих детей речь не имеет коммуникативной направленности, независимо от уровня ее развития. Спектр речевых расстройств у детей с аутизмом варьируется от полного мутизма до опережающего по сравнению с нормальным развитием. Специфические особенности формирования навыков невербальной коммуникации, в том числе языка жестов, у детей с расстройствами аутистического спектра обусловлены структурой дефекта и степенью тяжести проявлений аутизма. Специальные условия обучения и воспитания предполагают индивидуально дифференцированный подход к детям с аутизмом.

Согласно данным Р. Джордан [3], зарубежный опыт работы с умственно отсталыми детьми, а также исследования среди глухих детей доказывают, что эти дети быстрее усваивают жестовый язык, который потом облегчает усвоение устной речи. Модальные предпочтения у детей с расстройствами аутистического спектра, возможность точного воспроизведения движения при наличии руководства дают основание считать, что то же самое будет верным и для детей с аутизмом.

Очевидным преимуществом для неговорящих дошкольников с расстройствами аутистического спектра является возможность научить их жестовому языку. Даже если такой ребенок усвоит ограниченный словарь и будет воспроизводить только отдельные жесты, он все равно по-

лучит возможность сообщать о своих потребностях социально приемлемым способом, и окружающим людям будет проще его понять.

Усвоив систему жестового языка, ребенок с аутизмом начнет участвовать в социальном взаимодействии, что научит его учитывать других людей и общаться с ними. Появление любой системы коммуникации в репертуаре ребенка с расстройствами аутистического спектра приводит к быстрому социальному развитию и снижает частоту нежелательного поведения. Язык жестов может стать таким вариантом альтернативной коммуникации.

В заключении отметим, что использование жестового языка в работе с дошкольниками с расстройства аутистического спектра возможно в качестве:

1. альтернативной системы коммуникации, когда речь так и не развивается;
2. дополнительной системы коммуникации, которая призвана способствовать развитию речи.

Таким образом, в настоящее время проблема использования жестов в коррекционно-логопедической работе, направленной на формирование и развитие навыков невербальной коммуникации у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра продолжает оставаться чрезвычайно актуальной в теории и практике коррекционного обучения.

Литература

1. Волкмар Ф.Р. Аутизм: практическое руководство для родителей членов семьи и учителей. Кн. 1 / Ф.Р. Волкмар, Л.А. Вайзнер – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. – 225 с.
2. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций / Л.С. Выготский – М.: Смысл; Эксмо, 2010. – 498 с.
3. Джордан Р. Жестовый язык и аутичные дети / Р. Джордан // Communication. – № 19 (3). – С. 9–12.

4. Никольская О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2014. – 284 с.
5. Петрова Е.А. Жесты в педагогическом процессе: учеб. пособие / Е.А. Петрова. – М.: Моск. городское пед. общество, 2003. – 278 с.

Becerra T.A. A Survey of Parents with Children on the Autism Spectrum: Experience with Services and Treatments / M.L. Massolo, V.M. Yau, A.A. Owen-Smith, F.L. Lynch, P.M. Crawford, K.A. Pearson, M.E. Pomichowski, V.P. Quinn, C.K. Yoshida, L.A. Croen. - The Permanente Journal. – 2017. – 16–009

Abstract

Introduction: Autism spectrum disorders (ASD) are lifelong neurodevelopmental disorders, and little is known about how parents address the health and psychosocial consequences of ASD. Few studies have examined use of various treatments and services in a large, diverse sample of children with ASD and their families.

Objective: This paper presents methods to create an autism research resource across multiple large health delivery systems and describes services and treatments used by children with ASD and their families.

Methods: Four study sites conducted a Web survey of parents of children and adolescents with ASD who were members of Kaiser Permanente. We tabulated data distributions of survey responses and calculated 2 statistics for differences between responders and nonresponders.

Results: The children of the 1155 respondents were racially and ethnically diverse (55% white, 6% black, 5% Asian, 9% multiracial, 24% Hispanic) and representative of the total population invited to participate with respect to child sex (83% male), child age (57% < 10 years), and ASD diagnosis (64% autistic disorder). The most frequently used services and treatments were Individualized Education Programs (85%), family physician visits (78%), and occupational and speech therapy (55% and 60%, respectively). Home-based programs frequently included implementation of social skills

training (44%) and behavior management (42%). Prescription medication use was high (48%). Caregivers reported disruption of personal and family routines because of problem behaviors.

Conclusion: *These survey data help to elucidate parents' experiences with health services for their children with ASD and serve as a potential resource for future research.*

Introduction

Autism spectrum disorders (ASD) are lifelong neurodevelopmental disorders typically detected in early childhood. Although symptoms differ from person to person, people with ASD share core similarities that are defined by impairments in social interaction and communication and restricted stereotyped behaviors. ASD prevalence in the general population has increased dramatically since the mid-20th century from 1 case per 2000 people in 1966 to approximately 1 in 68 today. This increase is partially attributable to changes in diagnostic standards over the years, availability of services, and heightened public awareness. However, increased prevalence also may reflect changing environmental and/or genetic factors.

Caring for children with ASD can be demanding and expensive. According to a current economic analysis, the lifetime cost of supporting a person with ASD in the US averages between \$1.4 and \$2.4 million, the higher figure applying to people with cooccurring intellectual disabilities.⁴ Considering the prevalence of ASD in the US, the aggregate cost of caring for all affected individuals is approximately \$61 billion per year.⁴

Evidence-based treatment approaches for ASD are lacking. The most commonly available treatments primarily target behaviors and focus on improving daily functioning, communication, and social skills.^{5–7} Although early behavioral intervention can improve outcomes for some children with ASD, response to treatment varies widely, and it is not yet known which children benefit from which treatments.⁸ Medications prescribed for ASD often have minimal empirical support,⁹ and there are no US Food and Drug Administration – approved drugs for treatment of ASD's core symptoms.¹⁰ In light

of the dearth of evidence-based ASD treatment options, parents are using numerous alternative approaches to treat ASD's core behavioral symptoms and commonly reported co-occurring medical conditions. However, there is little understanding of how parents address all of the health and psychosocial consequences of ASD.

Several studies have surveyed parents about drugs, diets, and/or therapies used to treat their children with ASD and their satisfaction with those treatments, but result interpretation is limited by use of convenience sampling 12, 13 and small sample sizes.¹⁴ To date, few studies have examined differences in use of various ASD treatments in a large, diverse sample of children and adolescents with ASD across multiple geographic locations.^{15,16}

In 2009, the Mental Health Research Network was established with funding from the National Institute of Mental Health to link data from 9 not-for-profit health systems spanning more than 10 million people in 11 states.¹⁷ By leveraging information from Health Plan electronic medical records (EMRs), the research collaboration was designed to address research questions using a large, diverse, and well-characterized population with insurance coverage. A subgroup of Mental Health Research Network researchers developed an autism registry with the goal to create a large, comprehensive, and dynamic interregional database to enable rapid identification and enrollment of patients into large-scale studies investigating treatment interventions and to develop pharmacogenomic and etiologic hypotheses.

To complement data routinely collected in the Health Plan EMR, four participating sites conducted a survey to gather information from parents of children and adolescents with autism about services and treatments received primarily outside of their Health Plan. This article describes the survey methods and provides an overview of the services and treatments accessed by families of children with ASD.



Topic	Description
1. Diagnosis information	Child's age, sex, caregiver information, ASD diagnosis subtype (ASD, Asperger's syndrome, autistic disorder, and pervasive developmental disorders-not otherwise specified), age at first concern, type of developmental concerns, age at first diagnosis, diagnosis determination, if have sibling with ASD, opinion about the cause of ASD.
2. Parent satisfaction with care	Communication with health care providers, care coordination and satisfaction, ability to navigate the health care system, provider sensitivity towards the family's values and customs, provider support for caregiver's capacity in decision making.
3. Services and treatments	Recent or ever use, cost, and perceived effectiveness of health and educational services, programs and treatments provided at home, diets, medicines, vitamins, supplements, herbs, and complementary and alternative medicine (CAM); school setting and supports. Examples: Applied behavioral analysis (ABA), early start Denver model (ESDM), and relationship development intervention (RDI), home activities such as special diets, yoga and special exercises, and visits to the emergency room, family doctor, and medical specialists.
4. Caregiver Strain Questionnaire	Problems caregivers may experience regarding time, disruption of family routines, deprivation, and trouble with neighbors, school, or the law, because of a child's emotional problems. Feelings of isolation, embarrassment, worries about the family's future, guilt, tiredness, and the effect of the child with ASD on the parent's work.
5. Pediatric Quality of Life Inventory (Peds QL TM)	Physical, emotional, and social functioning of the child affected by ASD.
6. The effect of child's ASD on parent's work or school	Employment status, job category, pay; Impact of child's ASD on ability to work, focus/perform, time off, hours missed, needing to change jobs/schedule or stop working, advance in a job; childcare issues.
7. Demographic information	Caregiver race, ethnicity, highest level of education, marital status; language spoken in the home, household income.
8. Educational resources for family	Topics on ASD requested to help care child, helpful resources, best method to provide information, interest in educational services about ASD.
9. Willingness to participate in future research	Types of research willing to participate, preferred method of participation and contact, preference on incentives, reasons for not wanting to participate in future research.

Figure 1. Nine major survey topics. (A larger version is available online at: www.thepermanentejournal.org/files/2017/16-009-Figure1.pdf.)

Methods

Setting

Four Kaiser Permanente (KP) Regions participated in this study: KP Northern California (KPNC), KP Southern California, KP Northwest, and KP Georgia. These sites provide services to more than 8 million Health Plan subscribers (KPNC= 3.8 million, KP Southern California = 4.0 million, KP Northwest = 524,000, and KP Georgia = 270,000). KP is a large nonprofit, prepaid, integrated health care delivery system, and most insurance, administrative, and clinical functions are provided within its Health Plan, hospitals, and physician groups. Its integrated structure enables KP to make extensive use of EMRs in supporting clinical practice, administrative functions, and communication with its members. Each site obtained approval for the study from its local institutional review board.

Eligibility Criteria

Eligible participants were parents or care-givers of children age 17 years and younger as of April 2012, who were KP members between February and April 2012. Their child's EMR needed to include at least one ASD diagnosis. All 4 sites identified English speakers as eligible to participate. KPNC also contacted eligible Spanish speakers to pilot recruitment feasibility in a non-English-speaking population.

Recruitment, Enrollment, and Consenting Methods

A packet containing a recruitment letter and fact sheet explaining the study was mailed to households of eligible children. The recruitment letter, which was mailed in batches over several months, included a link to the Web survey, login instructions (username and password), and a telephone number to call if a participant did not have access to a computer and wanted to complete the survey by telephone. All Web survey respondents completed an online consent form before completing the survey. Participants completing the survey by telephone verbally consented, and all of their responses were recorded using the online tool. KPNC mailed a Spanish version of the recruitment letter to families for whom the EMR indicated Spanish as the primary language and the need for an interpreter.

Follow-Up Activities for Nonresponse

Follow-up activities, which varied across sites according to available project resources, ranged from one additional mailing of the invitation letter to the mailing of multiple letters, e-mail solicitation, and telephone calls to non-respondents. At one site, for example, a reminder letter stamped "Final Notice" was sent in a bulk mailing to all families who had received the initial invitation letter but had not started the survey within ten weeks. The number of phone calls and messages left on answering machines varied by site. Most participants who started but did not complete the survey received reminders via mailings and telephone calls that encouraged them to finish and offered help to do so. Follow-up with Spanish speakers was handled exclusively via telephone by a bilingual, bicultural research assistant who scheduled and conduct-

ed interviews in Spanish and entered the consent and survey responses online in the English instrument.

Incentives

Families at 2 sites received \$15 gift cards for completing the survey, and participants at 2 other sites received no immediate incentives. At the end of the study, randomly selected participants at 3 of the 4 sites received a prize (an iPad or \$100 gift cards).

Web Survey Details

The Web survey obtained information about services and treatments received by affected children and their families and the parent/caregiver's experience of having a child with ASD. Topics covered by the 231 question survey included the child's ASD diagnosis, parent satisfaction with care provided during the previous year, services and treatments received during the child's lifetime and the prior 3 months, the Caregiver Strain Questionnaire,¹⁸ the Pediatric Quality of Life Inventory,¹⁹ the effect of the child's ASD on parents' employment, demographic information, educational resources of interest to the family, and willingness to participate in future research (Figure 1).

Among the services and treatments received, we also explored complementary and alternative medicine services including chiropractic care, traditional Chinese medicine, equine therapy, and energy therapy such as Reiki, for which descriptive results are available in a separate manuscript.²⁰ For each service or treatment listed, the caregiver indicated if the intervention was ever used, if it was used during the prior 3 months, the cost incurred, the extent of service use, and its perceived effectiveness. With regard to educational services, the questions focused on setting (regular classroom, regular classroom with support services, or special education classroom). Two standardized questionnaires were included in the survey: the Caregiver Strain Questionnaire¹⁸ and the Pediatric Quality of Life Inventory.¹⁹ The Caregiver Strain Questionnaire¹⁸ explores problems caregivers may experience regarding time; disruption of family routines; deprivation; and trouble with neighbors, school, or the law because of a child's emotional problems. The questionnaire also ad-

dresses feelings of isolation and embarrassment, worries about the family's future, guilt, tiredness, and ASD's effect on the parents' work. The Pediatric Quality of Life Inventory focuses on physical, emotional, and social functioning of children affected by ASD.

Statistical Methods

Demographic differences between respondents and nonrespondents were tabulated, and 2 tests were used to test for differences that were considered significant when the *p* value was lower than 0.05. The distributions of Web responses from study participants were also calculated.

Results

Web Survey Respondents

English-language invitation letters were mailed to 8943 English-speaking parents, and 166 Spanish-language invitation letters were mailed to Spanish speakers. It was possible for parents to receive multiple letters depending on the number of children eligible in the household. Across all sites, 9109 children with ASD were identified, and 175 (2%) invitation letters were returned because of incorrect addresses. We received 1155 (13%) parent responses to the survey. Survey completion time ranged between and 120 minutes, and most surveys were completed during weekday evening hours. Fourteen English-speaking, predominantly white/non-Hispanic individuals chose to respond by phone instead of online. As we expected, no Spanish speakers responded to the online English-language survey, but unexpectedly we also received no initial telephone responses from this group. We followed-up with a randomly sampled group of approximately 10% of potential respondents (*N* = 18) by telephone; among this group, 16 (89%) completed the survey by telephone.

A Not used in *p* value calculation.

Sites with fewer eligible families and more resources (including staff) obtained higher returns in response to intensive follow-up and availability of phone help or in-person consenting (response rates of approximately 23%). By contrast, sites that kept to traditional recruitment strate-

gies such as mailed invitations and limited phone or e-mail follow-up saw lower response rates (7% to 15%).

Survey respondents reflected the population invited to participate with respect to their children's sex ($p = 0.60$), age ($p = 0.76$), ASD diagnosis type ($p = 0.48$), and age at first ASD diagnosis ($p = 0.07$) (Table 1).

Table 1. Demographic characteristics of children with autism spectrum disorders in families invited to complete a survey				
Characteristics	Survey responders (n = 1155)	Survey nonresponders (n = 7607)	χ^2 statistic	p value
Sex, no. (%)				
Female	196 (17.0)	1344 (17.7)	0.27	0.6
Male	954 (82.6)	6262 (82.3)		
Missing ^a	5 (0.4)	1 (0.0)		
Last autism spectrum disorder diagnosis, no. (%)				
Autistic disorder	732 (63.4)	4945 (65.0)	1.47	0.48
Other specified pervasive developmental disorders	352 (30.5)	2279 (30.0)		
Unspecified pervasive developmental disorders	66 (5.7)	381 (5.0)		
Missing ^a	5 (0.4)	2 (0.0)		
Age at recruitment, no. (%)				
0–4	218 (18.9)	1419 (18.7)	1.17	0.76
5–9	432 (37.4)	2808 (36.9)		
10–14	420 (36.4)	2891 (38.0)		
15–17	80 (6.9)	489 (6.4)		

Missing ^a	5 (0.4)	0 (0.0)		
Age at first diagnosis, no. (%)				
0–4	504 (43.6)	3509 (46.1)	7.06	0.07
5–9	462 (40.0)	2775 (36.5)		
10–14	165 (14.3)	1216 (16.0)		
15–17	19 (1.6)	105 (1.4)		
Missing ^a	5 (0.4)	2 (0.0)		
Race–ethnicity, no. (%)				
White non-Hispanic	638 (55.2)	3121 (41.0)	428.44	< 0.01
Black/African American non-Hispanic	67 (5.8)	677 (8.9)		
Native American/Alaskan native non-Hispanic	4 (0.3)	19 (0.2)		
Asian non-Hispanic	61 (5.3)	1004 (13.2)		
Native Hawaiian/Pacific Islander non-Hispanic	2 (0.2)	25 (0.3)		
Multiracial non-Hispanic	102 (8.8)	105 (1.4)		
Hispanic	273 (23.6)	2037 (26.8)		
Missing (all unknown) ^a	8 (0.7)	619 (8.1)		

Most respondents had a boy (82%) younger than age 10 years (57%) with a diagnosis of autistic disorder (65%). Although respondents were more likely than nonrespondents to be non-Hispanic white or non-Hispanic multira-

cial and less likely to be black or Asian, there was racial and ethnic diversity among the respondents. Additional characteristics of survey respondents are summarized in Table 2. Most respondents spoke English at home (88%), had a college or graduate degree (57%), were married or living with a partner (75%), and had an annual gross household income higher than \$60,000 (56%).

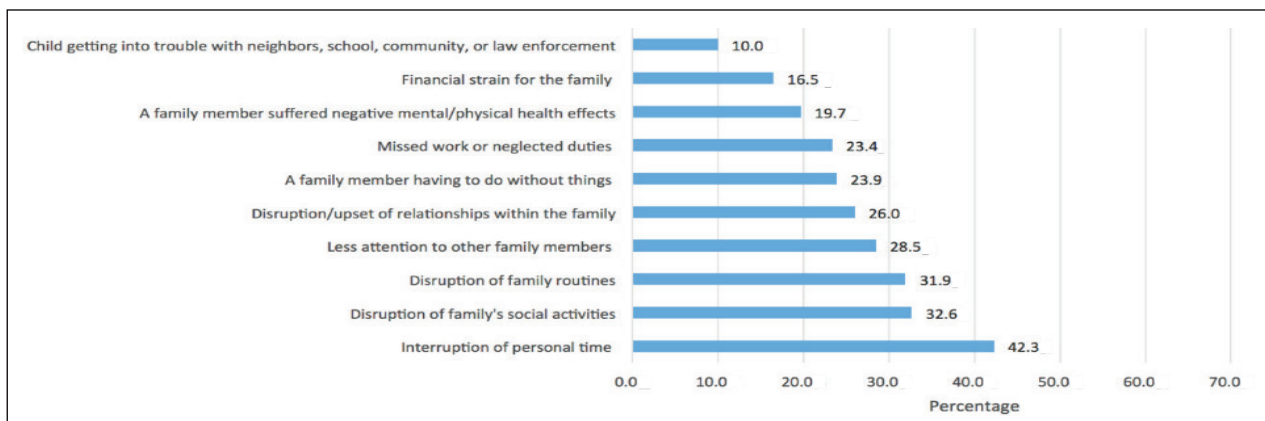


Figure 2. The Caregiver Strain Questionnaire: Problems caregivers reported experiencing as a result of their child's problem behaviors. Percentage of caregivers who reported "quite a bit/very much" in response to the question, "In the past 6 months, how much of a problem was the following?"

Services and Treatments

Respondents used a variety of services and treatments for their child with ASD (Table 3). The most prevalent educational and medical services used were Individualized Education Programs (86%) and family physician visits (78%). There also was high use of occupational therapy (OT) (55%) and speech therapy (ST) (60%) services and special help in the mainstream classroom (58%). The most prevalent educational setting was public school (72%) followed by private school (6%), with most children placed in all day regular (22%) or special education (20%) classrooms. Children 0 to 4 years of age had significantly higher recent use of family physician visits (45%); physician visits were used less frequently for children ages 5 to 9 years (32%), ages 10 to 14 years (32%), and ages 15 to 17 years (27%) ($p = 0.02$). The youngest children also used OT and ST services most frequently: OT, 46% (ages 0-4), 26%

(ages 5–9), 12% (ages 10–14), and 8% (ages 15–17), $p < 0.01$; ST, 53% (ages 0–4), 33% (ages 5–9), 19% (ages 10–14), and 15% (ages 15–17), $p < 0.01$. Children ages 5 to 14 years had the most recent use of social skills training (14% vs 4% for children ages 0–4 years, $p = 0.04$) and special help in the mainstream classroom (35% vs 22% for children ages 0–4 years, $p = 0.03$). Finally, the oldest children (ages 15–17 years) used more individual counseling (29%) and group therapy (12%) than younger children (individual counseling: ages 0–4 years [9%], ages 5–9 years [15%], and ages 10–14 years [23%], $p < 0.01$; group therapy: ages 0–4 years [5%], ages 5–9 years [6%], and ages 10–14 years [4%], $p < 0.01$).

In general, most parents perceived support services to be helpful (Table 3), and 50% to 60% of parents said hospital stays, emergency services, and visits with a nutrition specialist were helpful. About 37% of parents reported trying a special diet, and most parents perceived that most special diets had no effect (Table 3). Casein-free or gluten-free diets were the special diets

Table 2. Survey respondent demographic information		
Characteristics	Entire cohort (n = 1155)	Spanish-speaking (n = 16)
Language spoken at home, no. (%)		
English	1013 (87.7)	7 (43.8)
Spanish	21 (1.8)	8 (50.0)
Russian	2 (0.2)	0 (0.0)
Other	3 (0.3)	1 (6.3)
Missing/prefer not to answer	116 (10.0)	0 (0.0)
Highest level of education, no. (%)		
High school or less	89 (7.7)	9 (56.3)
Some college	308 (26.7)	1 (6.3)
College degree	390 (33.8)	6 (37.5)
Graduate degree	269 (23.3)	0 (0.0)

Missing/prefer not to answer	99 (8.6)	0 (0.0)
Marital status, no. (%)		
Married/living with partner	866 (75.0)	15 (93.8)
Single	45 (3.9)	0 (0.0)
Separated/divorced	135 (11.7)	1 (6.3)
Widowed	12 (1.0)	0 (0.0)
Missing/prefer not to answer	97 (8.4)	0 (0.0)
Annual household income, no. (%)		
Less than \$10,000	13 (1.1)	1 (6.3)
\$10,000 to \$19,999	22 (1.9)	0 (0.0)
\$20,000 to \$39,999	114 (9.9)	3 (18.8)
\$40,000 to \$59,999	164 (14.2)	6 (37.5)
\$60,000 to \$79,999	191 (16.5)	0 (0.0)
\$80,000 to \$99,999	132 (11.4)	1 (6.3)
\$100,000 to \$149,999	214 (18.5)	0 (0.0)
\$150,000 or more	110 (9.5)	0 (0.0)
Missing/prefer not to answer	195 (16.9)	5 (31.3)

used most frequently (28%); however, about 50% of respondents who reported using these diets perceived they had no effect (48%). A sugar-free diet was perceived as among the most helpful diets (71%) by the few who tried it (11%). Among the programs used by family members at home, social skills training (44%) and behavior management (42%) were most often implemented. Prescription medication use was high in this population (48% ever use; Table 4). Stimulants were most frequently used (31%), and 20% reported ever using antipsychotics. Specifically, methylphenidate (23%), the medication used most often, was perceived as helpful by only 38% of parents. the percentage of parents perceiving harmful effects from

Table 3. Use of services and programs and their perceived effectiveness (N = 1155)				
Services and programs	ver use	Perceived harmful^a	Perceived helpful^a	Perceived no effect^a
Services with a medical or other professional provider, no. (%)				
Applied behavioral analysis	24 (36.7)	8 (1.9)	385 (90.8)	17 (4.0)
Early Start Denver Model	4 (5.5)	0 (0.0)	50 (78.1)	9 (14.1)
Floortime/developmental, individual, relationship-based	01 (17.4)	0 (0.0)	179 (89.1)	18 (9.0)
Relationship Development Intervention	6 (6.6)	0 (0.0)	59 (77.6)	13 (17.1)
Treatment and Education of Autistic and Communication-Related Handicapped Children (TEACCH)	9 (8.6)	0 (0.0)	80 (80.8)	8 (8.1)
Picture Exchange Communication System	20 (27.7)	4 (1.3)	281 (87.8)	30 (9.4)
Visits for social skills training	56 (30.8)	5 (1.4)	297 (83.4)	37 (10.4)
Other special autism spectrum disorder service	19 (19.0)	1 (0.5)	179 (81.7)	22 (10.0)
Hospital or other program requiring overnight stay	6 (4.8)	6 (10.7)	29 (51.8)	23 (41.1)
Emergency Department/urgent care	94 (34.1)	25 (6.3)	201 (51.0)	134 (34.0)
Autism spectrum disorders-related medical evaluation	46 (55.9)	10 (1.5)	513 (79.4)	92 (14.2)
Family physician visits (ie, pediatrician, nurse practitioner)	90 (77.1)	20 (2.2)	647 (72.7)	202 (22.7)
Medical specialist visits (ie, neurologist, gastroenterologist)	91 (42.5)	12 (2.4)	359 (73.1)	95 (19.3)

Occupational therapy visits	36 (55.1)	2 (0.3)	551 (86.6)	66 (10.4)
Physical therapy visits	91 (25.2)	4 (1.4)	229 (78.7)	46 (15.8)
Speech therapy visits	95 (60.2)	5 (0.7)	616 (88.6)	58 (8.3)
Visits with a nutritionist/dietitian/feeding specialist	28 (19.7)	6 (2.6)	136 (59.6)	74 (32.5)
Individual counseling/therapy	18 (44.8)	9 (1.7)	384 (74.1)	99 (19.1)
Group therapy	93 (25.4)	12 (4.1)	209 (71.3)	55 (18.8)
Family counseling/therapy	93 (25.4)	3 (1.0)	219 (74.7)	58 (19.8)
Case management	52 (30.5)	6 (1.7)	266 (75.6)	66 (18.8)
Family support group	19 (19.0)	5 (2.3)	174 (79.5)	35 (16.0)
Other service	43 (12.4)	1 (0.7)	119 (83.2)	21 (14.7)
School/education services, no. (%)				
Special help in the mainstream classroom	65 (57.6)	47 (7.1)	556 (83.6)	42 (6.3)
Individualized Education Program/504 plan meetings	89 (85.6)	25 (2.5)	914 (92.4)	34 (3.4)
Individual counseling by school counselor, psychologist, or therapist	69 (49.3)	12 (2.1)	449 (78.9)	73 (12.8)
Group counseling or therapy at school	57 (30.9)	9 (2.5)	282 (79.0)	41 (11.5)
Other services/meetings at school related to autism spectrum disorders	79 (41.5)	10 (2.1)	416 (86.8)	32 (6.7)
Special diets, no. (%)				

Casein-free or gluten-free diet	26 (28.2)	8 (2.5)	127 (39.0)	156 (47.9)
The Feingold diet	6 (3.1)	0 (0.0)	15 (41.7)	18 (50.0)
Additive-free diet	16 (10.0)	0 (0.0)	64 (55.2)	39 (33.6)
Sugar-free diet	25 (10.8)	0 (0.0)	89 (71.2)	33 (26.4)
Another diet	5 (6.5)	1 (1.3)	55 (73.3)	14 (18.7)
Programs family members use independently at home, no. (%)				
The Denver Model	2 (7.1)	0 (0.0)	63 (76.8)	9 (11.0)
Behavior management program	83 (41.8)	8 (1.7)	439 (90.9)	27 (5.6)
Applied behavioral analysis	78 (32.7)	5 (1.3)	348 (92.1)	19 (5.0)
Floortime	76 (23.9)	4 (1.4)	240 (87.0)	23 (8.3)
Picture Exchange Communication System	93 (25.4)	5 (1.7)	254 (86.7)	30 (10.2)
Social skills training	13 (44.4)	5 (1.0)	469 (91.4)	32 (6.2)

prescription medications ranged between 13% and 32%, however. Prescription medication use significantly increased with age (0–4, 10%; 5–9, 25%; 10–14, 47%; and 5–17, 51%, $p < 0.01$).

Results from the Caregiver Strain Questionnaire 18 show that parents experience disruption of personal time (42%), family social activities (33%), and family routines (32%) as a result of their child's problem behaviors (Figure 2). Parents identified most often with feelings of worry about their child's future (67%) but felt they related well with their child (63%, Figure 3). Notably, they often felt tired or strained (41%) and believed their child's problem

behavior took a toll on the family (40%). Less often, they identified with feelings of resentment (4%) or anger toward their child (8%).

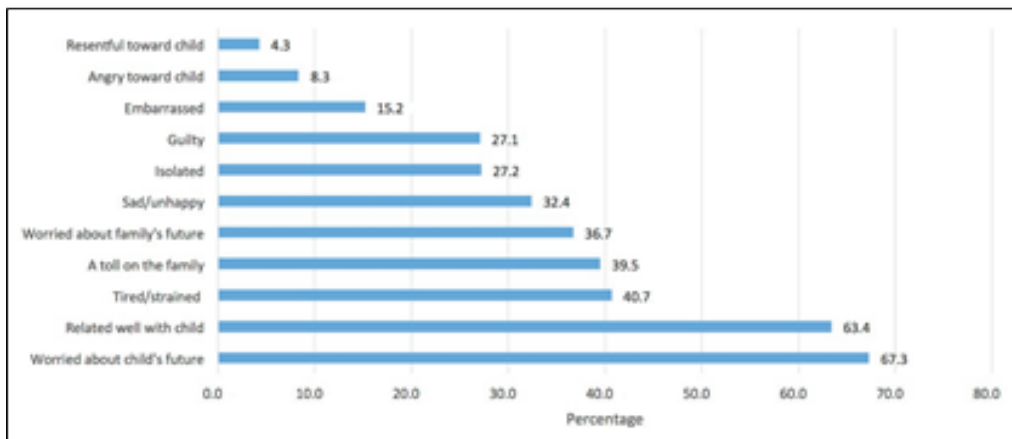


Figure 3. The Caregiver Strain Questionnaire: Feelings caregivers reported as a result of their child's problem behaviors. Percentage of caregivers who felt strongly ("quite a bit/very much") regarding their child's emotional/behavioral problems.

Table 4. Use of prescription medications and their perceived effectiveness (N = 1155)^a				
Medications	Ever use	Perceived harmful^b	Perceived helpful^b	Perceived no effect^b
Total medication use^c	551 (47.7)			
Stimulants	363 (31.4)			
Methylphenidate	265 (22.9)	36 (13.6)	100 (37.7)	14 (5.3)
Amphetamine	184 (17.1)	56 (30.4)	97 (52.7)	26 (14.1)
Atomoxetine	96 (8.9)	30 (31.3)	36 (37.5)	26 (27.1)
Antidepressants	236 (20.4)			
Fluoxetine	155 (14.4)	26 (16.8)	98 (63.2)	23 (14.8)
Sertraline	78 (7.2)	17 (21.8)	44 (56.4)	13 (16.7)
Bupropion	58 (5.4)	14 (24.1)	19 (32.8)	16 (27.6)
Antipsychotics	228 (19.7)			
Risperidone	167 (15.5)	35 (21.0)	106 (63.5)	19 (11.4)
Aripiprazole	105 (9.8)	29 (27.6)	55 (52.4)	12 (11.4)

Anticonvulsants	83 (7.2)	
Antianxiety	24 (2.1)	
Other medication	236 (20.4)	

^a Only prevalent medications are specifically represented. Drug groups (ie, stimulants, etc) represent all medication responses. Numbers may not add up to 100% because of overlap in medication use. Data are presented as no. (%).

^b Harmful/helpful/no effect percentages are based on responses from caregivers who responded to “ever use” regarding the medication. Percentages do not add to 100% because one other possible response, “Don’t know,” is not presented.

^c Medications not specifically presented: Amitriptyline (antidepressant), buspirone (antianxiety), carbamazepine (anticonvulsant), clomipramine (antidepressant), clozapine (antipsychotic), dexamethylphenidate (stimulant), dextroamphetamine (stimulant), fluconazole (other medication), gabapentin (anticonvulsant), haloperidol (antipsychotic), imipramine (antidepressant), ketoconazole (other medication), lamotrigine (anticonvulsant), lisdexamfetamine (stimulant), lithium carbonate (antipsychotic), lithium citrate (antipsychotic), olanzapine (antipsychotic), paroxetine (antidepressant), pemoline (other medication), pimozone (other medication), pregabalin (anticonvulsant), prochlorperazine (antipsychotic), promethazine (antihistamine), quetiapine (antipsychotic), thioridazine (antipsychotic), topiramate (anticonvulsant), valproic acid (anticonvulsant), venlafaxine (antidepressant).

Future Participation

Nearly 90% of respondents indicated a willingness to participate in future research studies. Lack of time was the main reason others were not interested (2%). Interest was highest regarding studies on behavioral treatments (70%), the transition to adulthood (70%), and causes of autism (63%). Parents were less interested in participating in studies about medication treatments (34%) and complementary and alternative medicine (42%). Overall, the preferred contact method for future research was via e-mail (70%), and most re-

spondents preferred to participate via the Internet (83%). However, among Spanish-speaking respondents, only 25% preferred to be contacted via e-mail; 75% preferred telephone contact, and 56% preferred to receive mail. Among this group, 69% preferred to participate in research in person, 63% preferred the telephone, and only 25% preferred the Internet. Regarding participation incentives, respondents were most interested in gift cards (78%) or cash (63%) (Table 5).

Discussion

Surveys targeting parents are useful to supplement and complement information routinely captured in the EMR. Because parents are the primary decision makers regarding choice of treatments, diets, and other therapies for their children,²¹ the data obtained from this Web-based survey, which was administered to a large, ethnically diverse, insured population of families affected by autism, provides valuable information about how families cope with and address issues associated with having a child with ASD.

The extensive nature of our survey (completion times ranged between 50 and 120 minutes) may explain why the overall response rate (13%) was lower than the rate achieved with other Web surveys. A large meta-analysis of more than 39 studies²² ranging in size from 110 to 12,677 participants that directly compared Web surveys to paper-based surveys found that Web survey response rates vary between 7% and 88% (average of 34%). The study topics included in the meta-analysis included creation of national pediatric musculoskeletal trauma outcomes registries and studies of patient experiences with physicians and alcohol and drug use.

Kalb and colleagues²³ administered 3 Web surveys to families living with autism in the Interactive Autism Network, a US-based research database comprising an online community. The authors reported response rates of 15.8% for a survey on access to health care, 25% for a vaccination history survey, and 27% for a weight and height survey. Although the response rate in our survey was lower than the Kalb et al rates, there are important differences in the samples. Kalb and colleagues surveyed families that had already agreed to participate in research and had completed a baseline survey. In the current

study, all families of children with ASD were invited to participate, many of whom had not previously agreed to participate in research. In the Kalb et al follow-up surveys, 23 survey lengths and incentive types were not reported. A major similarity between our findings and those reported by Kalb and colleagues was the lower response rates among individuals with nonwhite race/ethnicity.

Despite this survey's length and complexity, many parents wrote notes in the free text area in which they supported the project and highlighted the relevance of the data collected. Others suggested additional topics of study, provided more information about their children, or recommended trainings and resources for providers.

Recruitment follow-up activities are important factors affecting response rates. Sites that had the resources and personnel to send reminder mailings or call or e-mail participants had much higher response rates than sites that conducted limited recruitment follow-up activities. It is clear from our experience that the more

Table 5. Survey respondents' opinions regarding future research

Entire cohort (N = 1155), n (%)	Spanish-speaking (N = 16), n (%)	
Type of research studies willing to participate in		
Behavioral treatments	805 (69.7)	13 (81.3)
Medication treatments	398 (34.5)	4 (25.0)
Stress reduction/coping strategies (parent/caregiver)	620 (53.7)	8 (50.0)
Complementary and alternative medicine treatments	482 (41.7)	8 (50.0)
Causes of autism	730 (63.2)	15 (93.8)
Genetic studies	697 (60.3)	13 (81.3)
Environmental risk factors	606 (52.5)	13 (81.3)
Transition to adulthood	813 (70.4)	16 (100.0)
Not interested in participating in any research studies	35 (3.0)	0 (0.0)

How would you prefer to participate in future studies?		
In person	486 (42.1)	11 (68.8)
Over the telephone	359 (31.1)	10 (62.5)
Over the Internet	953 (82.5)	4 (25.0)
Using TV/DVD	198 (17.1)	3 (18.8)
How would you like us to contact you about participating in future studies?		
Mail	704 (61.0)	9 (56.3)
Telephone	226 (19.6)	12 (75.0)
E-mail	809 (70.0)	4 (25.0)
Through kp.org	236 (20.4)	2 (12.5)
Please do not contact	1 (0.1)	0 (0.0)
Special offers attracting the most interest		
Free transportation	99 (8.6)	6 (37.5)
Free child care	190 (16.5)	5 (31.3)
Cash	728 (63.0)	12 (75.0)
Gift card	898 (77.7)	12 (75.0)
Free medicine/treatment	344 (29.8)	7 (43.8)
Free assessment/evaluation	443 (38.4)	5 (31.3)
Other	50 (4.3)	0 (0.0)

labor-intensive and resource-intensive the follow-up, the higher the participation and completion rates. After repeated offers for help with survey completion, some participants finally revealed that navigating the survey back and forth to change answers was difficult. Had we trusted that all participants were going to call us in response to our offer of help in the invitation letter, we would have received more partial responses. However, receiving the offer via mail, e-mail, and phone moved respondents to action. A cost-effective follow-up activity that increased response involved bulk mailing of “final notice” letters to those who had not completed the survey several months after receiving the initial invitation letter.

Considering that filling out forms about health issues is uncommon in many countries in which health literacy rates may be low or where people expect to talk about their concerns with a clinician, we contacted a subsample (10%) of Spanish-speaking individuals via telephone and offered assistance in completing the survey as an interview. The response rate among this group was 89%, but extra time was necessary (2 hours instead of approximately 45–90 min for the online survey). This high response rate confirmed what we had experienced in other studies and what is reported in the literature: The preferred method of communication for Spanish-speaking families, both for recruitment and data collection, is direct contact. The presence of a Spanish-speaking research assistant who provided personalized attention and support to participants also contributed to the success of the recruitment strategy. Although telephone interviews are a more resource-intensive mode of data collection, and may be cost prohibitive in studies with large populations, they may be necessary to reach Hispanic people and other populations that typically have lower computer and health literacy. As medicine moves toward a more personalized approach to health, so should medical research. Employing methods that are culturally relevant will lead to higher participation rates across diverse populations and more representative and generalizable results.

Treatment and service use results complement findings of health care use in the same KP sites using EMR data.²⁹ Cummings and colleagues found high rates of visits to the pediatrician (82% to 93%), OT (5% to 16%), and ST (3% to 14%) compared to age- and gender-matched controls without ASD. Pediatricians typically see children for at least 11 well-child visits by their third birthdays and are a good source of continuous care, support, and education for families with children with ASD. Specialized therapies such as OT and ST target core symptoms in self-regulation, cognition, and social-communication skills. Similarly, social skills training, a common treatment method for adolescents, can be effective for those with high-functioning autism in natural, everyday educational settings.³¹

In addition to routine and specialty ASD care, prescription medications may help to stabilize or to manage problem behavior. The data in the present

survey on prescription medication use are consistent with results of another study that used EMR data that indicated that stimulants, specifically methylphenidate, are the most commonly prescribed drugs for children with ASD because they target hyperactivity, impulsivity, disinhibition, and inattention.³² A novel finding from our survey suggests that parents perceive this medication as helpful less often. The antipsychotics risperidone and aripiprazole are the only 2 medications approved by the US Food & Drug Administration for the treatment of ASD, and these drugs are intended to target problem behavior (irritability) rather than ASD core symptoms.^{9,10} However, among those reporting use of these drugs, 21% to 26% perceived them as harmful, and an additional 11% perceived them to have no effect.

This survey also made it possible to assess parents' perceptions of the negative impact of their child's problem behaviors. The impact on daily activities was frequent, with 42% of parents reporting interruption of their personal time. However, it is the parents' responses to the Caregiver Strain Questionnaire that reflects how they cope. Respondents often reported feeling tired or strained and that their child's problem behavior took a toll on the family. However, most parents believed they related well with their child while also worrying about their future. Health professionals can support parents who must manage the health and psychosocial consequences of having a child with ASD by understanding prevalent family commitments and providing resources to help them cope with their child's challenges.

This study offered several advantages over other studies that have surveyed families affected by autism. First, this survey was conducted within the membership of a large health care delivery system employing a comprehensive and standardized EMR. This provided the opportunity to compare and to validate selected survey responses to information stored in the EMR (such as basic demographic information) and to augment EMR data with patient information not routinely recorded in the EMR such as satisfaction with care and out-of-plan health care use. In addition, the data collected in this initial survey will serve as the baseline for longitudinal follow-up studies conducted

within this population. Second, this large study gathered information on more than 1000 children from different racial/ethnic and socioeconomic backgrounds across four geographically distinct study sites, increasing the generalizability of the survey results. Typically, large sample sizes are difficult to obtain when studying a condition of low prevalence such as autism. By leveraging information across millions of families obtaining health care through KP, it was possible to identify a sizable population willing to contribute to meaningful research.

Several study limitations must be mentioned. First, the entire study population was insured, potentially reducing the generalizability of the study findings, although some of the study's children were covered under the Medicaid program. Because the survey was Web-based, results largely represented computer-literate families with access to the Internet. Although this is an important caveat, recent studies indicate that the vast majority of households have access to the Internet. Families also had to have a certain degree of health literacy to answer questions about external services and treatments that their children were receiving. These limitations may explain in part the lower response rates among ethnic minorities. Response rates were lower among black and Asian subgroups, potentially affecting the generalizability of our findings. Interestingly, response rates were higher among caregivers reporting multiple races/ethnicities. Although most respondents were non-Hispanic and white, many minority populations were represented (45%). Additionally, follow-up activities were not uniform across all study sites because of budgetary constraints, staffing, and other issues.

Conclusion

These are important new data on the underresearched topics of parents' decision-making processes regarding ASD treatment. This Web survey also helps to identify future areas of research relevant to families caring for children with ASD and will help to develop more effective ways to provide better services. Findings about complementary and alternative medicine use in this

population have been previously published, 20 and additional analyses will be the subject for future publications.

Disclosure Statement

The author(s) have no conflicts of interest to disclose.

Acknowledgments

Marta Lutsky, MEd, MPH, contributed to data collection and survey design. Yingge Qian, PhD, and Jialuo Liu, MS, helped compile participant lists. This project was funded by a grant from the National Institute of Mental Health (Grant #1U19MH092201).

Brenda Moss Feinberg, ELS, provided editorial assistance.

How to Cite this Article

Becerra TA, Massolo ML, Yau VM, et al. A survey of parents with children on the autism spectrum: Experience with services and treatments. *Perm J* 2017;21:16–009. DOI: <https://doi.org/10.7812/TPP/16-009>.

References

1. American Psychiatric Association, editor. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Pub; 2013. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
2. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children. 1. Prevalence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1966 Dec;1(3):124–35. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf00584048>.
3. Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveill Summ* 2014 Mar 28;63(2):1–21.
4. Buescher A.V., Cidav Z, Knapp M, Mandell D.S. Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA Pediatr* 2014 Aug; 168(8):721–8. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.210>.

5. Copeland L, Buch G. Early intervention issues in autism spectrum disorders. *Autism Open Access* 2013 Mar 1;3(1):109. DOI: <https://doi.org/10.4172/2165-7890.1000109>.
6. Dawson G, Rogers S, Munson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics* 2010 Jan;125(1):e17-23. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0958>.
7. Shattuck PT, Grosse SD. Issues related to the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13(2):129-35. DOI: <https://doi.org/10.1002/mrdd.20143>.
8. Howlin P, Magiati I, Charman T. Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. *Am J Intellect Dev Disabil* 2009 Jan; 114 (1):23-41. DOI: <https://doi.org/10.1352/2009.114:23;nd41>.
9. McPheeters M.L., Warren Z, Sathe N, et al. A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011 May;127(5):e1312-21. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0427>.
10. Hendren R.L. Autism: Biomedical complementary treatment approaches. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2013 Jul; 22 (3): 443-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.03.002>.
11. Bauman ML. Medical comorbidities in autism: Challenges to diagnosis and treatment. *Neurotherapeutics* 2010 Jul;7 (3): 320-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurt.2010.06.001>.
12. Goin-Kochel R.P., Myers B.J., Mackintosh V.H. Parental reports on the use of treatments and therapies for children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2007 Jul-Sep;1 (3): 195-209. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2006.08.006>.
13. Green V.A., Pituch K.A., Itchon J., Choi A., O'Reilly M., Sigafos J. Internet survey of treatments used by parents of children with autism. *Res Dev Disabil* 2006 Jan-Feb;27(1):70-84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2004.12.002>.

14. Harrington J.W., Rosen L., Garnecho A., Patrick P.A. Parental perceptions and use of complementary and alternative medicine practices for children with autistic spectrum disorders in private practice. *J Dev Behav Pediatr* 2006 Apr;27(2 Suppl):S156–61. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004703-200604002-00014>.
15. Bowker A. D., Angelo N.M., Hicks R., Wells K. Treatments for autism: Parental choices and perceptions of change. *J Autism Dev Disord* 2011 Oct; 41 (10):1373–82. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1164-y>.
16. Thomas K.C., Morrissey J.P., McLaurin C. Use of autism-related services by families and children. *J Autism Dev Disord* 2007 May; 37 (5): 818–29. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0208-9>.
17. Penfold R.B., Stewart C., Hunkeler E.M., et al. Use of antipsychotic medications in pediatric populations: What do the data say? *Curr Psychiatry Rep* 2013 Dec; 15 (12): 426. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0426-8>. Erratum in: *Curr Psychiatry Rep* 2014 Feb; 16 (2): 432. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0432-x>.
18. Brannan A.M., Heflinger C.A., Bickman L. The Caregiver Strain Questionnaire: Measuring the impact on the family of living with a child with serious emotional disturbance. *J Emot Behav Disord* 1997 Winter; 5 (4): 212–22. DOI: <https://doi.org/10.1177/106342669700500404>.
19. Varni JW. The PedsQL: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. Version 4.0 Short Form (SF15) [Internet]. Lyon, France: James W Varni, PhD; c1998–2016 [cited 2016 Nov 16]. Available from: www.pedsq.org/.
20. Owen-Smith A.A., Bent S., Lynch F.L., et al. Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine use in a large insured sample of children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord* 2015 Sep 1;17:40–51. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.05.002>.
21. Goin-Kochel R.P., Mackintosh V.H., Myers B.J.. Parental reports on the efficacy of treatments and therapies for their children with

autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord* 2009 Apr-Jun;3 (2):528–37. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.11.001>.

22. Shih TH, Fan X. Comparing response rates from web and mail surveys: A meta-analysis. *Field Methods* 2008; 20 (3): 249–71. DOI: <https://doi.org/10.1177/1525822x08317085>.

23. Kalb LG, Cohen C, Lehmann H, Law P. Survey non-response in an internet-mediated, longitudinal autism research study. *J Am Med Inform Assoc* 2012 Jul-Aug; 19 (4):668–73. DOI: <https://doi.org/10.1136/amiainl-2012-000863>.

24. Miranda J., Azocar F., Organista K.C., Muñoz R.F., Lieberman A. Recruiting and retaining low-income Latinos in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1996 Oct; 64 (5): 868–74. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.5.868>.

25. Patrick J.H., Pruchno R.A., Rose M.S. Recruiting research participants: A comparison of the costs and effectiveness of five recruitment strategies. *Gerontologist* 1998 Jun; 38 (3): 295–302. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/38.3.295>.

26. Aponte-Rivera V., Dunlop B.W., Ramirez C., et al. Enhancing Hispanic participation in mental health clinical research: Development of a Spanish-speaking depression research site. *Depress Anxiety* 2014 Mar; 31 (3):258–67. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22153>.

27. Eakin E.G., Bull S.S., Riley K., Reeves M.M., Gutierrez S., McLaughlin P. Recruitment and retention of Latinos in a primary care-based physical activity and diet trial: The Resources for Health study. *Health Educ Res* 2007 Jun; 22 (3): 361–71. DOI: <https://doi.org/10.1093/her/cyl095>.

28. Shaw S.J., Huebner C., Armin J., Orzech K., Vivian J. The role of culture in health literacy and chronic disease screening and management. *J Immigr Minor Health* 2009 Dec; 11 (6): 460–7. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9135-5>.

29. Cummings J.R., Lynch F.L., Rust K.C., et al. Health services utilization among children with and without autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2016 Mar; 46 (3): 910–20. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2634-z>.

30. Hyman S.L., Johnson J.K. Autism and pediatric practice: Toward a medical home. *J Autism Dev Disord* 2012 Jun; 42 (6): 1156–64. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1474-3>.

31. Laugeson E.A., Ellingsen R., Sanderson J., Tucci L., Bates S. The ABC's of teaching social skills to adolescents with autism spectrum disorder in the classroom: The UCLA PEERS Program. *J Autism Dev Disord* 2014 Sep;44(9):2244–56. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2108-8>.

32. Nickels K.C., Katusic S.K., Colligan R.C., Weaver A.L., Voigt R.G., Barbaresi W.J. Stimulant medication treatment of target behaviors in children with autism: A population-based study. *J Dev Behav Pediatr* 2008 Apr; 29(2):75–81. DOI: <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e31815f24f7>.

33. Lofquist D., Lugaila T., O'Connell M., Feliz S. Households and families: 2010 [Internet]. Washington, DC: US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau; 2012 Apr [2016 Nov 16]. Available from: www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-14.pdf.

Vaisvaser, S. Moving Along and Beyond the Spectrum: Creative Group Therapy for Children with Autism / S. Vaisvaser // Frontiers in Psychology. – 2019. – 10(417).

Abstract. *Group therapy for autism confronts the core of the syndrome. Non-directed dynamic approaches, in which moment-to-moment spontaneous expressions drive the content of group sessions, are even more intricate. The implementation of nonverbal creative techniques holds the key to self-expression and self-other exploration, promoting communication and play. This manuscript offers an integrative conceptual model and a case report regarding such mind-body therapeutic perspective. The creative arts intervention is presented via a small group of young minimally verbal children with autism, deprived of communicative language, offering an interdisciplinary perspective to delineate group challenges and rationale, process, and outcomes. Vignettes are provided to illustrate the group development. A thorough discussion follows, addressing three intertwining axes: firstly, the implications*

of nonverbal creative means are considered; secondly, the psychophysiological processes set in motion through sensory-motor experiences are deliberated; and thirdly, the emergence of “moments of meeting” and spontaneously generated playful group activities are enlightened.

Keywords: *autism spectrum disorder, group therapy, play, relational movement, sensory motor experiences, spontaneous communication*

Introduction

Therapeutic creative group work for autism spectrum disorder (ASD), a diverse and complex neurodevelopmental condition, confronts the two broad categories of symptoms, as mentioned in the DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). These include deficits in social-emotional reciprocity, impairments in both verbal and nonverbal communicative exchange, and modulation of behaviors according to social context, with poor ability to develop, preserve, and understand relationships (Criterion A). Limited spontaneous initiation of social interactions relates to the severity of symptoms. The second cluster of symptoms includes narrow and fixed fields of interest, rituality, and rigid repetitive patterns of behavior, including sensory hyper- and hypo-sensitivities (Criterion B). These symptoms appear in early development (Criterion C) and cause significant impairment in daily function (Criterion D).

Characterized by heterogeneous manifestations, the high variability in expression and severity of symptoms among individuals with ASD, with diversity at the behavioral, neurocognitive, and genetic levels (Happé et al., 2006; Lenroot and Yeung, 2013; Just et al., 2014), deepens the challenge of conducting group therapy. Diverse abnormalities were also shown with regard to sensory and motor aspects (Haswell et al., 2009; Fournier et al., 2010; Shetreat-Klein et al., 2014; Hannant et al., 2016), suggested to have crucial impact on social function (Donnellan et al., 2013).

From a psychodynamic perspective, the autistic phenomena is attributed to impaired psychophysical infrastructure, rooted in an excessive need for symbiotic merging and the mental registration of separation as trauma (Tustin, 1992). Thus, social contexts trigger anxiety and an atypical sensory auto-stimulation develops in order to deviate away from human contact. The moti-

vation for connection is contradictory to the autistic state, characterized by a need for sameness and an attack on the natural tendency for integration between the functions of movement-sensation-affect-cognition, along with connection and separation (Pollak, 2017). The ritualistic autistic actions aggravate deficits in orienting to novelty rather than preservation and are therefore opposite to play, which is based on openness and curiosity. Therapeutic constructs employing fantasy are not easily applicable, play is frequently empty of excitement, and narrative development tends to be repetitive and without psychic salience (Shapiro, 2009).

Well-structured group interventions for ASD are common, promoting acquisition of predefined developmental and social skills, adaptive behaviors, and linguistic abilities. Due to the need for predictability, difficulties of individuals with ASD are more pronounced in unstructured dynamic settings (Volkmar et al., 2004). Poor spontaneity was suggested as a major contributor to the impoverished social behavior, as they do not readily engage in instinctive affect exchanges with others (Trevvarthen and Aitken, 2001). They lack spontaneous attention and self-induced exploration of social encounters, and have impaired capacity to efficiently enact desired intentions through actions of the body (Chiang and Carter, 2008; Chevallier et al., 2012; Kohls et al., 2012; Trevvarthen and Delafield-Butt, 2013). These point to the importance of the non-directed social environments that prompt spontaneous interpersonal action.

Alvarez (2004), in line with Hobson's notion of the "spared function" in autism and Bion's notion of the "non psychotic" part of the personality, highlights the importance of making contact with "non autistic" parts through a relational and developmental approach. This is strengthened by the novel concept of "neurodiversity" (Baron-Cohen, 2017). The emphasis on the bodily "lived experience," promoting intra- and interpersonal development through engagement in interactive perceptuo-motor experiences, was suggested to correspond with and support ASD broad atypicalities (Donnellan et al., 2013). Furthermore, therapeutic focus on relational movement coincides with the well-recognized role of the mirror neuron systems (MNSs) (Gallese et al.,

2009; Rizzolatti and Sinigaglia, 2016) and its abnormalities implicated in autistic social deficits (Enticott et al., 2012; Gallese et al., 2013; Casartelli et al., 2016).

Indeed, it is the nonverbal aspects of social interaction and embodied relational experiences that lay the foundation for the development of brain function (Hari et al., 2015). This concurs with the neuroscientific framework of an “enactive mind” that views cognition as bodily experiences upon encountering salient aspects of the environment, an approach discussed both in general (Goldman and de Vignemont, 2009) and specifically in relation to ASD (Klin et al., 2003; De Jaegher, 2013). Motor movement was recognized as a means for information gathering, communication, and construction of cognitive schemes of the self in relation to others (Shahar-Levy, 2009; Koziol et al., 2012). Joint action, bodily coordination, and mutual imitation have been emphasized as a body-based way of instantiating a socioemotional connection with another (Marsh et al., 2009). Creative and imitative activities, which employ nonverbal forms of expressive movement, may prompt development of intentional and rhythmic emotional expressions, as fundamental components of shared narrative sequences and social understanding that appear to be disrupted in autism (Trevvarthen and Delafield- Butt, 2013; Delafield-Butt and Trevvarthen, 2015).

Dance/movement therapy, defined as “the psychotherapeutic use of movement to further the emotional, cognitive, physical and social integration of the individual” (American Dance Therapy Association, 2009), was shown to support interpersonal relating and attentive behavior of young children with autism (Hartshorn et al., 2001; Tortora, 2005; Devereaux, 2012; Samaritter, 2017). This animated active form of psychotherapy may contribute to increased awareness of self and others and improved body image, through exploration and process-oriented learning, further enabling children with ASD to expand their movement repertoire (Scharoun et al., 2014). The inclusion of visual art encompasses work on a sensory level that can help children who are overwhelmed by typical sensory input (Dougherty et al., 2016). Furthermore,

compatible use of art materials may support creativity and imagination and provide a product to focus on beyond the process (Martin, 2009).

Such conceptions drove the rationale for the presented group model, based on dynamic socioemotional processes brought into action in the interactional here-and-now. The current group was conducted in an ASD kindergarten, co-led by a dance\movement therapist (the author) and an occupational therapist and included three minimally verbal autistic children, diagnosed as low-functioning. We were motivated to support primary creativity in these nonspeaking children, in a safe and open atmosphere, increasing tolerance for uncertainty vital for the development of play (Winnicott, 1971; De Astis, 1997). The core of the meetings was non-structured, with an anchor of structured opening and closing songs and the use of particular creative props. The body of the group included a phase of non-directed drawing with oil pastels on paper and a phase of free movement with stretch bands, an elastic cloth large enough to accommodate the group. Sessions were accompanied by consistent instrumental music with various tempos. Props were used as a means of expression and a bridge for connection, enabling the children to tolerate interactions that might be too threatening if carried out more directly (Erfer, 1995).

The group goal was to establish a social environment that shapes the group in an ongoing manner, thus allowing the development of autonomous creative forces, enabling softening of the protective autistic shell. We aimed to enhance perceptual awareness of self and others' intentions, conveyed through creative modalities involving sensorimotor experiences. We further intended to promote the choice of engagement in communicative actions, enhancing mimicking, spontaneity, and emergence of social reciprocity.

Background-description of the group

Group Participants

The presented group consisted of three boys (ages 4.5–6, referred to as “Child A/B/C”). Ethical approval was not required for this study as per institutional and national guidelines as the group reflected usual clinical practice within the service. Written informed consent was obtained from the parents of all participants. The clinical descriptions of the group and participants have

been anonymized so that neither the location nor the individual participants could be identified. Each child had unique physical, developmental, and behavioral manifestations. Despite heterogeneity among group participants, unifying factors were the impaired social engagement, lack of initiation of interactions, deficits in communicative gestures and language, poor eye contact, severely impaired capacity to symbolize, and absent play. “Child A” (6 years old) displayed excessive acrobatic mobility, oral self-stimulation, high frequency of echolalia, and absent use of words for communication. “Child B” (5.5 years old) began the group unweaned, with no spoken language, characterized with highly inflexible thought and behavior and consistent facial self-stimulation, shifting between social disengagement and absolute dependency on others. “Child C” (4.5 years old) presented repetitive undifferentiated exploratory behavior, spent a lot of time dropping objects, falling or crashing into objects; he had not developed language skills, and the level of language comprehension was unclear.

Group Setting and Procedure

The group met over a course of 30 weekly 45-min sessions. Group meetings were conducted in a room inside an ASD kindergarten and comprised 4 phases: #1 opening song, #2 drawing on paper (~20 min), #3 free movement with stretch bands (~20 min), and #4 closing song. A visual symbol of the group was created and placed in the personal schedule of each child, a strip of Velcro on which visual cards of the daily routine are placed. We also prepared a strip of cards representing the sequence of the group. Notably, visual pictures are commonly used with individuals with ASD, designed to increase predictability, prompt information processing, filter and clarify stimuli, embed cognitive sequences, and enhance understanding and cooperation (Quill and Institute, 1997; Vaz, 2013). Moreover, the high functional connectivity found between visual cortical areas of the brain and between visual and motor regions highlights the key role of visual transfer in visuo-motor activity (Barbeau et al., 2015).

Props brought in by the therapists were two colorful stretch bands (8' diameter and 12' diameter), three sheets of paper (33.11' × 46.81'), and a small basket with colorful oil pastels. The choice of crayons was based on familiarity with the material, expressive potential, and ease of use with a broad range of both "clean" and "messy" work, also enabling a sense of control (Moon, 2011). A CD player was placed on a shelf; we used a constant music disk with various instrumental melodies for core group activity (phases #2 and #3). Other toys and objects in the room were taken out or covered, in order to minimize distractions.

Prior to the group meetings, we spread the two bands on the floor in an outer and an inner circle, sheets of paper and crayons were prepared at the side of the room. Upon entrance, after removing their shoes, the group sat inside the circle created by the large band, holding the smaller one. The group started and ended by counting "1-2-3," followed by an opening/closing song, with a similar tune. The songs included simple wording, prompting movement of the upper torso, arms and head from side to side, up and down, stretching and squeezing, using rhythmic synchrony of song and action. The songs also included names, acknowledging the group as a whole and the participants in it, verbally and with pointing gesture. Afterward, we presented the visual symbols of the group sequence, turned on the music and spread the sheets of paper on the floor, making the crayons accessible for use. While moving to the next phase, the sheets of paper were attached to the wall using Velcro strips (prepared in advance on the back of the sheets), to become a part of the room as the group's physical container. Next, we brought out the stretch bands again for free spontaneous use. A "Goodbye" closing song ended the group session. Following each session, our collaboration as co-therapists manifested in shared reflection and evaluative processes.

Co-therapists: Shared Holding of the Group Container

As mentioned, the group was co-led by an occupational therapist and a dance/movement therapist (the author). Co-therapy, a common practice in group interventions, enriches both group members' experience and the group process (Yalom and Leszcz, 2005). Advantages of a co-led ASD group in-

cluded the modeling of communicational processes, learned from the interaction between therapists. We could offer alternative professional perspectives, enriching intervention strategies and later a reflection process, which help “read” the enigmatic behavior of these children and share with them the understanding of their emotional states (Tustin, 1992; Schore, 2012). We mirrored the children’s motor intentionality, and adequately handled the props to support their use, while being empathetically attuned to explicit and implicit expressions and communicative intentions, initiation, and responsiveness in the group. Importantly, the shared holding of the sequence of events, while weaving and at times creating intra- and interpersonal links, contradicts the autistic impairment of breaking the whole into parts and details (Happé and Frith, 2006) and impaired organization of motor chains underlying action representation (Cattaneo et al., 2007).

A meaningful aspect of co-therapy is the partnership not only in the liminal “potential space” but also when encountering challenges of autistic flattening to a “two-dimensional” quality of experience. Countertransferential awareness was critical in order to differentiate between progressive responsive acts in the group as opposed to repeated defensive ones. Upon experiencing the vanishing of an “inner” depth dimension, the appearance of autistic defenses as sensory-oriented maneuvers upheld feelings psychodynamically described as the evacuation of meaning and an emptying of relations (Meltzer, 1975; Alvarez, 1992; Tustin, 1992). Empathically attuned to the child’s signaling, we allowed moments of withdrawal and then, with creative “live company,” become more active in “reclaiming” him back into connectedness (Alvarez, 1992). Alvarez theorized this “vitalizing” form of intervention, in which the therapist actively reaches out to contact and “reclaim” her inaccessible patients, engaging them in the world of emotions and relationships (Alvarez, 2012). Aware of fine lines preserving the shared movement and utilizing the creative props, we referred the child’s attention to what was happening in the group, inviting him to join in, encouraging mutual interest, and promoting the choice to return and communicate.

The co-therapeutic relations evolved with progression of the group process (Dugo and Beck, 1997), from initial creation of our bond, definition and clarification of the group aims and setting of norms, to the construction of a cooperative team and formation of team identity, offering mutual support built on trust and complementarity. Our roles in the group became more fluid and balanced. Together we could identify shared states, leading the development of group rituals; we became familiar with the individual and group patterns and potential flexibility within the group as well as limitations.

Clinical vignettes

In this section, descriptions of the group process, including predominant themes and behaviors, will be presented in four vignettes, according to the developmental sequence of the group.

The Beginning: Group Fragments

The group initiation stage was characterized by an experience of disorganization, unrelatedness, and high vigilance, while aiming to hold together the undifferentiated “pieces.”

The children were escorted to their daily schedules and then into the room. In the opening song we held the band by placing our hands on top of theirs, when we released the support they quickly loosened their grip. “Child A” would get up in the middle of the song to move around us in constant mobility. We acknowledged his presence and he transiently turned to look at us. In transition to the next phase we spread the sheets of paper and brought out the box of crayons. “Child A” lay down, at times grabbing a crayon and trying to peel off the paper wrapping or put it in his mouth. When we approached him he got up to move again in cartwheels in an overflowing movement. “Child B” was busy arranging the crayons in a line and then drawing distinct lines of color below. Gradually, we could join him, only to draw additional lines in his row. “Child C” was lifting and dropping crayons, vocalizing his thrill from the falling objects. When we put our hand on top of his, moving the crayon, he looked at the appearing color and would transiently continue the movement by himself. Our attention to others triggered “Child A’s” response, once deliberately bumping into another child, we stopped him for recognition

of his need and clarification of the group rule to avoid harmful behaviors, “you are here with us, you want to be seen, we see you, but this is not allowed.” This child also presented occasional aggressive responses to physical touch, a response that decreased over time as physical proximity became more familiar and less aversive in the group.

When we replaced the sheets of paper with the stretch bands, they were first explored sensorially. We shifted between handling the bands, mirroring, accentuating rhythmicity of the music, while the children showed no clear intention to adjust motor actions to the others. Then a circular movement began, as children turned around themselves and the band started tightening around their body. The three moving bodies spun around. While handling the band, we recognized the appearance of joining and clashing patterns among children, children briefly looked at each other, began turning toward one another, then losing their balance to fall down and get up again for “another round,” smiling. Afterward, we acknowledged the joint positive affect while untangling their body from the wrapping bands.

Phase II: Boundaries and Shared Space

With the progression of the group process, the children began to hold the band on their own in the opening and closing circle, while participating in movement, imitating the therapists. They also began pointing while naming group participants in gesture-word combinations. During the drawing phase “Child B” spread his hand on the paper, trying to draw its outline. Then, handing us the crayon, the marking of his hand drew the attention of the others and we began to mark other hands leaning on the paper. Next, while attaching the paper to the wall, we acknowledged the different hands that were presented. When bringing in the elastic bands for free movement, the spinning motion that developed spontaneously, with increased intent to move toward others, enabled and advocated proximity. The children then began stretching the band in different directions, intentionally and unintentionally, transiently facing others to pull it against a therapist or another child. In times of a child’s disengagement, we could use the band, proffering the object to him, re-collecting him back into con-

tact. At the end of the second month of group work, we experienced one of the miracle moments that was created and re-created, the establishment of a group circle, in which all participants took part using the stretch band. The circle held on while the children could step out or run around and return to hold the band within the group arena, allowing occasional eye contact, with a rising expression of amusement and feeling of togetherness.

Phase III: Movement into Experiential Space

As group process advanced, the children more easily gathered near their schedules and we entered the room together. “Child A” could now stay with us throughout the whole opening song, partly lying down, “Child C” moved according to the rhythm and “Child B” already knew the lyrics. As we put down the sheets of paper, the children willingly spread their hands or feet for us to color around them, occasionally involved themselves in the marking of their own or another’s hand or foot. When “Child A” lay down on top of all three sheets, we drew around his whole body. Following this, he got up to look at his body outline and the other children were then motivated to imitate him and lie down for the same purpose. “Child B” also began drawing round forms and we could join him for a scribbled dialogue, with joint attention of the others and transient active participation in drawing.

Of note, as mentioned earlier, there was occasional disconnection and disengagement of a child from others, for instance by adhering to the surface of the floor or walls of the room, requiring an attuned offer of a vitalizing, re-claiming function.

During the free movement, the children tried out different ways of moving with the band-stretching, pulling, hopping over it-while imitating each other. They also responded to changes in the rhythmic pattern of the music. We emphasized this by vocalizing the rhythm, bouncing and swaying, clapping and tapping on the body. At one point “Child B” hopped over the band, looked at us and said “turn,” we started waving the band around him as a jump rope, vocalizing enthusiastically the preparation and actual jump, while the other children joined in; “my turn,” said “Child A.” When we later stretched the band between the two of us, the children began running inside

this zone, in turns, to be held by one therapist and then the other. “Child C” also initiated passage while stepping on the band, from side to side, an action that also motivated the joining of the others. We were now witnessing a group instigated to move together.

Phase IV: “Relay Station” for Connectedness

Anticipation for group meetings arose, the children checked to look for the group visual symbol in their schedules, also approaching us in the morning to check that we were meeting later.

While drawing, the children were engaged in the outlining of their body parts, partly filling the shapes with color. “Child A” once stood on his head on the paper. One therapist then held his feet while the other drew a circle around his head. The two other children, to our amusement, moved to do the same. The children initiated this in the next sessions as well.

Experimental movement with the bands enhanced, practicing variations of activities that became familiar, e.g. using them as a jump rope or for passage in-between, stretching to create a group circle. “Child B” once began running around us in circles, we spontaneously presented our palms for him to touch as “relay stations.” This triggered the others to join him, while order was maintained so the children alternately touched our hands, without bumping into each other, in a rhythmic flow, with facial and vocal expressions of thrill. A dynamic dance momentum developed within the playful atmosphere.

In the final stage of the group process, children cooperated more in the structured opening and closing phase, eye contact was more prominent and in the open parts of the group sequence children were more initiative and responsive to others. Events such as those aforementioned that were initiated and driven by the children became our shared rituals.

Discussion

This manuscript presents group work with young children with autism who are minimally verbal and have diverse developmental and communicative deficits. In a dynamically oriented creative arts intervention we intended to promote spontaneous shared experiences, expanding expression and communication mostly via nonverbal means. A playful environment was created

through the accumulation of embodied relational experiences, setting in motion actions and reactions in the group, whereby children initiated interaction, leading and following group movement, according to the occurrences in the “here-and-now.” The group process is hereby discussed with reference to three intertwining axes of the therapeutic work: the first axis characterizes the use and implementation of the nonverbal creative means; the second delves into the physical and mental developments established through sensory and motoric experiences; the third focuses on the development of connection and communication in the group.

Use and Implementation of Creative Nonverbal Means

Drawing With Oil Pastels

The functional and social use of crayons developed throughout the sessions. At first, the focus of the children was mainly on the sensory qualities, treating the crayons as autostimulating or autistic objects (Tustin, 1992). This autosensual use did not vanish but diminished over time. The drawing of the body outline was initiated by choice and created with cooperation of the children; what began as an act of one expanded, promoted mimicking, and became a shared group experience. Marking of the body shape, as a personal signature of each child, holds a potential contribution to the body image and sense of self (Steinhardt, 1985). Notably, in most cases the children lay down on their stomach, presenting their back, the rear facade, which is more sealed and bony, avoiding eye contact and protecting their front facade which is soft and full of “windows” (Pollak, 2009); toward the end of the year children began turning over to expose their frontal communicative body.

The body outline drawing, and also occasional scribbling, creating lines and abstract forms in turn, enabled joint attention and action, i.e. coordination of attention with others. This indexes the understanding of the other as an intentional agent. Simultaneously, the three separate paper sheets were joined to form a shared drawing space. We note the meaningful placement of the product on the wall for the children to see, becoming part of the containing group space.

Movement With Shared Elastic Bands

In the transition to the next phase, the stretch bands were brought back into the “center of the arena.” Use of the bands first and foremost supported the holding of the “group fragments,” making contact, creating linkage and also resonance to their movement. Inside the tangle of the band that the children were motivated to create, they might have experienced and displayed the fantasy of being in the same envelope together with someone else, looking out at the world. Gradually, exploratory movement increased, by stretching, bending, twisting and turning, binding the band around the body and pulling it strongly. This expansion of movement repertoire was carried out in the vertical plane (upward and downward), against gravity; in the horizontal plane—exploring the shared space around; and in the sagittal plane—toward and away from others, representative of interpersonal responses (Loman and Merman, 1996).

The band, as an elastic border, had crucial contribution to a meaningful moment in the group – the creation of a circle. The group circle was a construct created during spontaneous movement by all participants, eliciting temporary eye contact as well as mimicking and experiential placement changes. The band later supported the enactment of creative ideas initiated by the children, in a playful field of uncertainty and surprise. Therefore, the prop (as well as accompanying music and rhythm discussed below) may have operated as a transitional object (Winnicott, 1953), something “other” than the child providing a projective distance necessary for him to feel safe to socially interact. The structure or form itself became a vehicle for discovering the creative surprises that liberated the mind at play (Nachmanovitch, 1990).

Instrumental Music and Rhythmicity

Background music was used to create a sensory and emotional “envelope” that is continuous, diverse, and non-intrusive. The lack of lyrics in the melodies chosen also aimed at avoiding masking of spontaneous vocality in the group. At first, we were preoccupied with adjustment of volume to a tolerated level and avoiding distraction. Gradually an interest in the music source appeared, then responses to change in tempo, followed by the creation of

rhythmic group movement. Importantly, music has been shown to promote mutual emotional understanding in children with autism (Katagiri, 2009), with relatively intact perception and processing of music-evoked emotions in ASD (Caria et al., 2011).

Rhythmicity was created in the group, alongside the rhythm of the music, by clapping, patting, swaying, and vocalizing movements. Indeed, rhythm is one of the valued elements in creative psychotherapy groups, enabling transition from chaotic experiences to an initial external order that may prompt inner organization, forwarding integration as well as relational processes and communication (Schmais, 1985; Chaiklin and Schmais, 1993; Trevarthen and Fresquez, 2015). Rhythm serves developmental functions of separation and boundary formation (Loman, 1998). The significance of joint rhythmic movement in the group is drawn from the suggested role of rhythm and timing in ASD and its use as scaffolding to build social and communicative interactions (Amos, 2013; Hardy and LaGasse, 2013). This may also be in line with Tustin's "rhythm of safety," a mind-body state in which sensory experiences and individual bodily rhythms become re-associated with a relational, cooperatively founded tempo involving self and other (Mitrani, 2010).

Psychophysiological Processes Set in Motion via Sensory–Motor Activities

Contemplating the sensation-dominated nature of the autistic experience (Tustin, 1992), evidence regarding the importance of sensory perception and modulation in ASD continues to accumulate, as a major contributor to the symptomology, with particular relevance to social contexts (Baranek et al., 2006; Ben-Sasson et al., 2009), now also a diagnostic criterion (American Psychiatric Association, 2013). The versatility of sensorimotor experiences in the presented group, supported by rhythmicity, triggered complementary signals from the individual's body and surroundings, influencing central integration. A discussion of the dynamic and reciprocal interactions between the physical and the mental developmental aspects that were promoted through the group process follows. Tactile Contact

Throughout the group sessions, the children experienced different kinds of touch, active and passive, as an outcome of intended and random meetings,

at times via the prop (the band) that mediated indirect rather than direct human contact. The tactile system, a barrier between the inner environment and the surroundings, depends upon the co-activation and balance between its two components, the discriminative system and the protective system, to decipher and respond to tactile information (Parham and Mailloux, 2005). Abnormal tactile sensitivity is prevalent in individuals with ASD, with highly heterogeneous responsiveness (Marco et al., 2011). In line with Anzieu's concept-theory of "Ego-skin" and constitution of "psychic envelops" (Anzieu, 1989) and Ogden's "autistic contiguous position" and "sensory floor" (Ogden, 1989), intersubjective experiences that combine sensory skin input, while providing a containing function, are the fundamental means for creating mental meaning and the construction of the self. These have become distorted in the polarized autistic state, characterized by confusion between inner and outer environment, lack of a containing and unified body envelope, and a fixated world of sensuous self-stimulation (Tustin, 1992). Children with ASD were recently shown to respond to affective touch with atypical hypoactivation of the "social brain," i.e. a network of brain regions shown to be involved in social-emotional information processing, also marking tactile response as a target for measuring improvement in intervention studies (Kaiser et al., 2016). Notably, a previous study indeed demonstrated the reduced touch aversion following group dance/movement therapy with young children with autism (Hartshorn et al., 2001), thus, pointing to the importance of adequate tactile relational exploration.

Indeed, we witnessed situations in the group whereby touch was experienced as aversive, threatening, or confusing. For "Child A," proximity triggered aggressive behavior at first. Opportunities for safe touch accumulated during the group process, while we were actively attuned to the children's response to the closeness of another, setting group roles and boundaries. As the group progressed, children began allowing and seeking proximity. Adequate tactile input in a shared therapeutic setting promotes clarification of body boundaries and enables exploration of the relation between the body and the environment, thus promoting early body organization, develop-

ment of body image and initial self-other relations (Erfer, 1995; Samaritter and Payne, 2013).

Inner Vestibular and Proprioceptive Sensation Motor movement that developed during group sessions enabled changes in placement and movement against gravity, by which the vestibular system came into play. A sense of effort and force was also provided, which augmented proprioceptive input. The vestibular system yields sensory input for balance, spatial orientation, and gravity, while the proprioceptive system yields awareness of body position and an interior sense of the relational positioning of body parts; both have been shown to contribute to atypical sensory experiences in ASD (Bogdashina, 2016). Moreover, the autistic brain was shown to build an abnormal association between self-generated motor commands and proprioceptive feedback (Haswell et al., 2009).

Stern links proprioceptive feedback to the construction of the core-self, postulating that the instilling of a sense of agency and subjectiveness is founded on a sequence of processes; these include the sense of volition prior to the motor action, the proprioceptive feedback during movement, and the predictability of its outcome (Stern, 1985). During group sessions, we witnessed the lack of such sequence when an action was performed randomly or without meaning. Yet, with time, throughout the group process, we noticed and could acknowledge the appearance of intent and will, the motivation behind the action, and the anticipation of its result. Thus, group body-related experiences provided a sense of the movement's meaning, forming elementary actions of relating (Samaritter and Payne, 2013).

Sensory-Motor Integration

The group became an arena for the interplay between the personal unique sensory world of each child and the interpersonal experience, as opposed to the autistic self-stimulation that serves to isolate oneself from external social engagement. Tactile sensations and complementary gravity-based data coming from inside the body via the proprioceptive and vestibular systems support the formation of a mental structure of the self in object-related contexts (Pollak, 2009). This relies on sensorimotor integration, shown to be

disrupted in individuals with ASD (Marco et al., 2011). The emergence of inner representations of the body and the outside environment arises from cross-modal sensorimotor integration, critically involved in the construction of the body scheme (Maravita and Iriki, 2004; Shenton et al., 2004). In the current group, the use of multiple channels of communication via sensorimotor experiences upheld the perception, interpretation of information, and enactment of adequate responses. Cross-modal attunement to the children's "vitality" affect, i.e. the empathic attuned response in movement and vocal sounds, had a central role in emphasizing the emotional quality of the experience and a sense of "aliveness," promoting emotional co-regulation (Stern, 1985).

Group work thus facilitated both "bottom-up" processes, i.e. from the sensory-motor level to the higher mental processing and the creation of meaning and will, and "top-down" processes, i.e. from the children's intentions, anticipations, and memories to the sensory-motor bodily response.

Seeds of Connection and Development of Communication in the Group

The establishment of the group as a holding and facilitating environment, after the settling-in period, was recognized first and foremost by the emerging motivation to participate. Moments of "state sharing" emerged in the group (Stern, 1983), dialogues of shared sounds and body movements. These provided a sense of form and boundedness, so that the children could feel their own edges and not meld into the other or retreat into the confines of their solitary enclave. Authentic moments of shared experience may be characterized as "moments of meeting" (Stern et al., 1998), during which, in a space of uncertainty, a mutual understating emerged among group participants while "moving along" in the "here-and-now." Given the adequate attunement and response of the therapists, this nonverbal communication revealed a novel way of being together in the interpersonal environment, establishing mutual regulation and a basis for implicit knowledge of relations.

With time, children were more explorative, took more initiative, and became familiar and cooperative during transitions in the sequence of the meeting. Moreover, we could see enhancement in awareness and acknowledgment

of others in the group. A profound development throughout the group process was the enhancement of mimicry. Ogden highlighted the manner in which Winnicott used to value and conceive the role of imitation as a primitive form of object relatedness, also emphasizing imitation as a phenomenon pertaining to psychic functioning in the generation of subjective experiences (Ogden, 1989). Substantial research shows impaired imitation in individuals with ASD (Rogers et al., 2003; Edwards, 2014) and deficits in interpersonal synchronization (Marsh et al., 2013; Fitzpatrick et al., 2016), pointing to the importance of mimicking behavior of the children in the group, as grounds for social communication and mutual play (Field et al., 2001). Along with the growing ability to spontaneously imitate others' actions, movement became more deliberate and intentional, shifting the predominant group patterns. Dynamics of change in distance from one another were apparent, corresponding with the motivation to seize opportunities to connect while taking the risk of making contact (Shahar-Levy, 2009). The significance of these possibilities for alterations in interpersonal distance and proximity to others derives from the abnormalities shown in physical relational distance and personal space in individuals with ASD (Asada et al., 2016). With further advancement and development of the group, "moments of meeting" accumulated and the children were capable of sustaining longer interactions. Children's behaviors aimed at influencing each other appeared, with persistence until achieving the intended response or registering failure. Prolonged interactions enhanced waves of awareness on which the group narrative was constructed. Familiar group rituals were created, involving playfulness, joint action and mutual joy, promoting initial representations of relationships. Examples of group activities included drawing of the body outline and dynamic group movement patterns: the creation of a group circle with the stretching of the bands; using the band as jump ropes; spinning around in front of each other while the bands tighten around the body; passage between therapists inside the zone created by the band; running around the therapists acting as "relay stations" for group movement. Such patterns of group movement initiated by the children demanded acknowledgement of the others and spatiotemporal organization.

Through the facilitation of group work, objects that were first static obtained unlimited qualities that led to the development of new associative networks, as happens in imaginative play. Group reoccurring activities were founded on the interconnection between the explicitly known remembered elements (autobiographic memory), alongside the nonverbal procedural memory (Siegel, 2001). The remembered shared moments in the group were particularly important due to ASD research showing specific deficits in relational memory (Maister et al., 2013) and impaired autobiographic memory for personally experienced events (Bruck et al., 2007; Crane and Goddard, 2008; Bordigon et al., 2015), shown to be reciprocally related with the sense of self (Lind, 2010). Connections emerged, otherwise difficult to ignite.

To conclude, the paper presents a model of group therapy for children with ASD, in a dynamic constellation that mainly focused on nonverbal creative means of expression and communication. The group provided a defined yet flexible space for spontaneous explorations and responsiveness, where uncertainty challenged the need for predictability, enabling the emergence of social engagement through creative play. The group process highlighted the reciprocal developmental relations between physical and mental movement. In the participating children, who initially did not play or talk, motivation to connect and be seen was revealed and realized. By doing so, personal and group processes were set in motion. Seeds of curiosity were discovered and planted, fertilized and began to grow, encouraging further application of creative psychotherapeutic strategies for working with children with autism in group settings.

Author contributions

SV prepared the manuscript, reviewed the literature and wrote the paper.

Acknowledgments

First and foremost, the author thanks her co-herapist, the Occupational Therapist Vered Zehavi-Hamudot. The author is also grateful for editorial assistance by Vicki Myers. A special thanks goes to The Autism Research and Treatment Center: The Association for Children at Risk and to psychotherapist and dance/movement therapist Miriam Gadish for her guidance. The author

gratefully acknowledges The Academic College of Society and the Arts, Israel, for financial support towards the open-access publishing fee for this article.

References

1. Alvarez A. (1992). "Growth of a mind: the function of reclamation" in *Live company: Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. (London: Routledge), 50–59.
2. Alvarez A. (2004). Finding the wavelength: tools in communication with children with autism. *Infant Observation* 7, 91–105.
3. Alvarez A. (2012). *He thinking heart: Three levels of psychoanalytic therapy with disturbed children*. London: Routledge.
4. American Dance Therapy Association (2009). What is DMT? Retrieved from: <https://adta.org/2014/11/08/what-is-dancemovement-therapy/>
5. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Pub.
6. Amos P. (2013). Rhythm and timing in autism: learning to dance. *Front. Integr. Neurosci.* 7:27. doi: 10.3389/fnint.2013.00027
7. Anzieu D. (1989). *The skin ego: A psychoanalytic approach to the self*. ed. C. Turner (New Haven and London: Yale University Press). (Original work published 1985).
8. Asada K., Tojo Y., Osanai H., Saito A., Hasegawa T., and Kumagaya S. (2016). Reduced personal space in individuals with Autism spectrum disorder. *PLoS One* 11:e0146306. doi: 10.1371/journal.pone.0146306
9. Baranek G.T., David F.J., Poe M.D., Stone W.L., and Watson L.R. (2006). Sensory experiences questionnaire: discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* 47, 591–601. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01546.x
10. Barbeau E.B., Lewis J.D., Doyon J., Benali H., Zeffiro T.A., and Mottron L. (2015). A greater involvement of posterior brain areas in interhe-

mispheric transfer in autism: FMRI, DWI and behavioral evidences. *Neuroimage Clin.* 8, 267–280. doi: 10.1016/j.nicl.2015.04.019

11. Baron-Cohen S. (2017). Editorial Perspective: Neurodiversity-a revolutionary concept for autism and psychiatry. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* 58, 744–747. doi: 10.1111/jcpp.12703

12. Ben-Sasson A., Hen L., Fluss R., Cermak S.A., Engel-Yeger B., and Gal E. (2009). A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 39, 1–11. doi: 10.1007/s10803-008-0593-3

13. Bogdashina O. (2016). Sensory perceptual issues in autism and asperger syndrome different sensory experiences different perceptual worlds. 2nd ed. London: Jessica Kingsley Publishers.

14. Bordigon S., Giuliani R., Marcelli C., and Alves C. (2015). Memory in children and adolescents with autism spectrum disorder: a systematic literature review. *Psychol. Neurosci.* 8, 211–245. doi: 10.1037/h0101059

15. Bruck M., London K., Landa R., and Godman J. (2007). Autobiographical memory and suggestibility in children with autism spectrum disorder. *Dev. Psychopathol.* 19, 73–95. doi: 10.1017/S0954579407070058

16. Caria A., Venuti P., and De Falco S. (2011). Functional and dysfunctional brain circuits underlying emotional processing of music in autism spectrum disorders. *Cereb. Cortex* 21, 2838–2849. doi: 10.1093/cercor/bhr084

17. Casartelli L., Molteni M., and Ronconi L. (2016). So close yet so far: motor anomalies impacting on social functioning in autism spectrum disorder. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 63, 98–105. doi: 10.1016/j.neubior ev.2016.02.001

18. Cattaneo L., Fabbri-Destro M., Boria S., Pieraccini C., Monti A., Cossu G., et al. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 104, 17825–17830. doi: 10.1073/pnas.0706273104

19. Chaiklin S., and Schmais C. (1993). “The Chace approach to dance therapy” in *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace*. eds. S. Sandel, S. Chaiklin, and A. Lohn (Columbia, Mary-

land: Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association), 75–79.

20. Chevallier C., Kohls G., Troiani V., Brodtkin E.S., Schultz R.T. (2012). The social motivation theory of autism. *Trends Cogn. Sci.* 16, 231–238. doi:10.1016/j.tics.2012.02.007

21. Chiang H. M., and Carter M. (2008). Spontaneity of communication in individuals with autism. *J. Autism Dev. Disord.* 38, 693–705. doi: 10.1007/s10803-007-0436-7

22. Crane L., and Goddard L. (2008). Episodic and semantic autobiographical memory in adults with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 38, 498–506. doi: 10.1007/s10803-007-0420-2

23. De Astis G. (1997). Thoughts about the development of a potential space in the psychotherapeutic treatment of infantile psychosis. *J. Child Psychother.* 23, 351–371. doi: 10.1080/00754179708254557

24. De Jaegher H. (2013). Embodiment and sense-making in autism. *Front. Integr. Neurosci.* 7:15. doi: 10.3389/fnint.2013.00015

25. Delafield-Butt J.T., and Trevarthen C. (2015). The ontogenesis of narrative: from moving to meaning. *Front. Psychol.* 6:1157. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01157

26. Devereaux C. (2012). “Moving into relationship: dance/movement therapy with children with autism” in *Play-based interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders*. eds. L. Gallo-Lopez and L.C. Rubin (New-York: Routledge), 333–351.

27. Donnellan A.M., Hill D.A., and Leary M.R. (2013). Rethinking autism: implications of sensory and movement differences for understanding and support. *Front. Integr. Neurosci.* 6:124. doi: 10.3389/fnint.2012.00124

28. Dougherty C.C., Evans D.W., Katuwal G.J., and Michael A.M. (2016). Asymmetry of fusiform structure in autism spectrum disorder: trajectory and association with symptom severity. *Mol. Autism* 7:28. doi: 10.1186/s13229-016-0089-5

29. Dugo J.M. and Beck A.P. (1997). Significance and complexity of early phases in the development of the co-therapy relationship. *Group Dyn. Theory Res. Pract.* 1, 294–305. doi: 10.1037/1089–2699.1.4.294
30. Edwards L.A. (2014). A meta-analysis of imitation abilities in individuals with autism spectrum disorders. *Autism Res.* 7, 363–380. doi: 10.1002/aur.1379
31. Enticott P.G., Kennedy H.A., Rinehart N.J., Tonge B.J., Bradshaw J.L., Taffe J.R., et al. (2012). Mirror neuron activity associated with social impairments but not age in autism spectrum disorder. *Biol. Psychiatry* 71, 427–433. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.09.001
32. Erfer T. (1995). “Treating children with autism in a public school system” in *Dance and other expressive art therapies*. ed. F.J. Levy (New York: Routledge), 191–211.
33. Field T., Field T., Sanders C., and Nadel J. (2001). Children with autism display more social behaviors after repeated imitation sessions. *Autism* 5, 317–323. doi: 10.1177/1362361301005003008
34. Fitzpatrick P., Frazier J.A., Cochran D.M., Mitchell T., Coleman C., and Schmidt R.C. (2016). Impairments of social motor synchrony evident in autism spectrum disorder. *Front. Psychol.* 7:1323. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01323
35. Fournier K.A., Hass C.J., Naik S.K., Lodha N., and Cauraugh J.H. (2010). Motor coordination in autism spectrum disorders: a synthesis and meta-analysis. *J. Autism Dev. Disord.* 40, 1227–1240. doi: 10.1007/s10803–010–0981–3
36. Gallese V., Rochat M., Cossu G., and Sinigaglia C. (2009). Motor cognition and its role in the phylogeny and ontogeny of action understanding. *Dev. Psychol.* 45, 103–113. doi: 10.1037/a0014436
37. Gallese V., Rochat M. J., and Berchio C. (2013). The mirror mechanism and its potential role in autism spectrum disorder. *Dev. Med. Child Neurol.* 55, 15–22. doi: 10.1111/j.1469–8749.2012.04398.x
38. Goldman A., and de Vignemont F. (2009). Is social cognition embodied? *Trends Cogn. Sci.* 13, 154–159. doi: 10.1016/j.tics.2009.01.007

39. Hannant P., Tavassoli T., and Cassidy S. (2016). The role of sensorimotor difficulties in autism spectrum conditions. *Front. Neurol.* 7:124. doi: 10.3389/fneur.2016.00124
40. Happé F., and Frith U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 36, 5–25. doi: 10.1007/s10803-005-0039-0
41. Happé F., Ronald A., and Plomin R. (2006). Time to give up on a single explanation for autism. *Nat. Neurosci.* 9, 1218–1220. doi: 10.1038/nm1770
42. Hardy M.W., and LaGasse A.B. (2013). Rhythm, movement, and autism: using rhythmic rehabilitation research as a model for autism. *Front. Integr. Neurosci.* 7:19. doi: 10.3389/fnint.2013.00019
43. Hari R., Henriksson L., Malinen S., and Parkkonen L. (2015). Centrality of social interaction in human brain function. *Neuron* 88, 181–193. doi: 10.1016/j.neuron.2015.09.022
44. Hartshorn K., Olds L., Field T., Delage J., Cullen C., and Escalona A. (2001). Creative movement therapy benefits children with autism. *Early Child Dev. Care* 166, 1–5. doi: 10.1080/0300443011660101
45. Haswell C., Izawa J., Dowell L., Mostofsky S., and Shadmehr R. (2009). Representation of internal models of action in the autistic brain. *Nat. Neurosci.* 12, 970–972. doi: 10.1038/nm.2356
46. Just M.A., Cherkassky V.L., Buchweitz A., Keller T.A., and Mitchell T.M. (2014). Identifying autism from neural representations of social interactions: neurocognitive markers of autism. *PLoS One* 9:e113879. doi:10.1371/journal.pone.0113879
47. Kaiser M.D., Yang D.Y.J., Voos A.C., Bennett R.H., Gordon I., Pretzsch C., et al. (2016). Brain mechanisms for processing affective (and nonaffective) touch are atypical in autism. *Cereb. Cortex* 26, 2705–2714. doi: 10.1093/cercor/bhv125
48. Katagiri J. (2009). The effect of background music and song texts on the emotional understanding of children with autism. *J. Music. Ther.* 46, 15–31. doi: 10.1093/jmt/46.1.15

49. Klin A., Jones W., Schultz R., and Volkmar F. (2003). The enactive mind, or from actions to cognition: lessons from autism. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 358, 345–360. doi: 10.1098/rstb.2002.1202
50. Kohls G., Chevallier C., Troiani V., and Schultz R.T. (2012). Social “wanting” dysfunction in autism: neurobiological underpinnings and treatment implications. *J. Neurodev. Disord.* 4, 1–20. doi: 10.1186/1866-1955-4-10
51. Koziol L.F., Budding D.E., and Chidekel D. (2012). From movement to thought: executive function, embodied cognition, and the cerebellum. *Cerebellum* 11, 505–525. doi: 10.1007/s12311-011-0321-y
52. Lenroot R.K., and Yeung P.K. (2013). Heterogeneity within autism spectrum disorders: what have we learned from neuroimaging studies? *Front. Hum. Neurosci.* 7:733. doi: 10.3389/fnhum.2013.00733
53. Lind S. E. (2010). Memory and the self in autism: a review and theoretical framework. *Autism* 14, 430–456. doi: 10.1177/1362361309358700
54. Loman S. (1998). Employing a developmental model of movement patterns in dance/movement therapy with young children and their families. *Am. J. Dance Ther.* 20, 101–115. doi: 10.1023/A:1022100511657
55. Loman S., and Merman, H. (1996). The KMP-Kestenberg movement profile: a tool for dance/movement therapy. *Am. J. Dance Ther.* 18, 29–52. doi: 10.1007/BF02360220
56. Maister L., Simons J.S., and Plaisted-Grant K. (2013). Executive functions are employed to process episodic and relational memories in children with autism spectrum disorders. *Neuropsychology* 27, 615–627. doi: 10.1037/a0034492
57. Maravita A., and Iriki A. (2004). Tools for the body (schema). *Trends Cogn. Sci.* 8, 79–86. doi: 10.1016/j.tics.2003.12.008
58. Marco E.J., Hinkley L.B.N., Hill S.S., and Nagarajan S.S. (2011). Sensory processing in autism: a review of neurophysiologic findings. *Pediatr. Res.* 69, 48R–54R. doi: 10.1203/PDR.0b013e3182130c54

59. Marsh K.L., Isenhower R.W., Richardson M.J., Helt M., Verbalis A.D., Schmidt R.C., et al. (2013). Autism and social disconnection in interpersonal rocking. *Front. Integr. Neurosci.* 7:4. doi:10.3389/fnint.2013.00004
60. Marsh K.L., Richardson M.J., and Schmidt R.C. (2009). Social connection through joint action and interpersonal coordination. *Top. Cogn. Sci.* 1, 320–339. doi: 10.1111/j.1756–8765.2009.01022.x
61. Martin N. (2009). Art therapy and autism: overview and recommendations. *Art Ther.* 26, 187–190. doi: 10.1080/07421656.2009.10129616
62. Meltzer D. (1975). *Explorations in autism: A psycho-analytical study*. Perthshire: Clunie Press.
63. Mitrani J. (2010). Minding the gap between neuroscientific and psychoanalytic understanding of autism. *J. Child Psychother.* 36, 240–258. doi: 10.1080/0075417X.2010.524774
64. Moon C.H. (2011). *Materials & media in art therapy: Critical understandings of diverse artistic vocabularies*. London: Routledge.
65. Nachmanovitch S. (1990). *Free play: Improvisation in life and art*. New York: Putnam Book.
66. Ogden T.H. (1989). *The primitive edge of experience*. London: Jason Aronson. Parham L.D., and Mailloux Z. (2005). “Sensory integration” in *Occupational therapy for children*. 5th edn. ed. J. Case-Smith (St. Louis, MO: Mosby), 356–411.
67. Pollak T. (2009). The “body-container”: a new perspective on the “body-ego”. *Int. J. Psychoanal.* 90, 487–506. doi:10.1111/j.1745–8315.2009.00129.x
68. Pollak T. (2017). “Theoretical background: the experience of the autistic child and the transition towards a post-autistic organization” in *Treating children with autistic spectrum disorder: A psychoanalytic and developmental approach*. ed. T. Pollak (London: Routledge), 15–32.
69. Quill K.A., and Institute A. (1997). Instructional considerations for young children with autism: the rationale for visually cued instruction. *J. Autism Dev. Disord.* 27, 697–713. doi: 10.1023/A:1025806900162

70. Rizzolatti G., and Sinigaglia C. (2016). The mirror mechanism: a basic principle of brain function. *Nat. Rev. Neurosci.* 17, 757–765. doi:10.1038/nrn.2016.135
71. Rogers S.J., Hepburn S.L., Stackhouse T., and Wehner E. (2003). Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* 44, 763–781. doi: 10.1111/1469–7610.00162
72. Samaritter R. (2017). “Shared movement: a dance-informed contribution to non-verbal interpersonal relating in autism spectrum disorders” in *Essentials of dance movement psychotherapy: International perspectives on theory, research, and practice*. ed. H. Payne (London: Routledge), 112–128.
73. Samaritter R., and Payne H. (2013). Kinaesthetic intersubjectivity: a dance informed contribution to self-other relatedness and shared experience in non-verbal psychotherapy with an example from autism. *Arts Psychother.* 40,143–150. doi:10.1016/j.aip.2012.12.004
74. Scharoun S.M., Reinders N.J., Bryden P.J., and Fletcher P.C. (2014). Dance/movement therapy as an intervention for children with autism spectrum disorders. *Am. J. Dance Ther.* 36, 209–228. doi:10.1007/s10465–014–9179–0
75. Schmais C. (1985). Healing processes in group dance therapy. *Am. J. Dance Ther.* 8, 17–36. doi:10.1007/BF02251439
76. Schore A.N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company. 155–190.
77. Shahar-Levy Y. (2009). “Emotorics: a psychomotor model for the analysis and interpretation of emotive motor behavior” in *The art and science of dance/ movement therapy*. ed. S. Chaiklin, and H. Wengrower (London: Routledge), 317–348.
78. Shapiro T. (2009). Psychotherapy for autism. *J. Infant Child Adolesc. Psychother.* 8, 22–31. doi: 10.1080/15289160802683070
79. Shenton J.T., Schwoebel J., and Coslett H.B. (2004). Mental motor imagery and the body schema: evidence for proprioceptive dominance. *Neurosci. Lett.* 370, 19–24. doi: 10.1016/j.neulet.2004.07.053

80. Shetreat-Klein M., Shinnar S., and Rapin I. (2014). Abnormalities of joint mobility and gait in children with autism spectrum disorders. *Brain and Development* 36, 91–96. doi: 10.1016/j.braindev.2012.02.005
81. Siegel D.J. (2001). Memory: an overview, with emphasis on developmental, interpersonal, and neurobiological aspects. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40, 997–1011. doi:10.1097/00004583-200109000-00008.
82. Steinhardt L. (1985). Freedom within boundaries: body outlines drawings in art therapy with children. *Arts Psychother.* 12, 25–34. doi: 10.1016/0197-4556(85)90005-X
83. Stern D.N., Sander L.W., Nahum J.P., Harrison A.M., Lyons-Ruth K., Morgan A.C., et al. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The “something more” than interpretation. The Process of Change Study Group. *Int. J. Psychoanal.* 79, 903–921.
84. Stern D.N. (1983). “The early development of schemas of self, other, and ‘self with other’” in *Reflections self Psychology*. eds. J.D. Lichtenberg and S. Kaplan (London: Routledge), 49–84.
85. Stern D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. London: Karnac Books.
86. Tortora S. (2005). *The dancing dialogue: Using the communicative power of movement with young children*. Minnesota: Redleaf Press.
87. Trevarthen C., and Aitken, K.J. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discip.* 42, 3–48. doi: 10.1017/S0021963001006552
88. Trevarthen C., and Delafield-Butt, J. T. (2013). Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. *Front. Integr. Neurosci.* 7:49. doi: 10.3389/fnint.2013.00049
89. Trevarthen C., and Fresquez, C. (2015). Sharing human movement for well-being: research on communication in infancy and applications in dance movement psychotherapy. *Body Mov. Dance Psychother.* 10, 194–210. doi: 10.1080/17432979.2015.1084948
90. Tustin F. (1992). *Autistic states in children*. London: Routledge.

91. Vaz I. (2013). Visual symbols in healthcare settings for children with learning disabilities and autism spectrum disorder. *Br. J. Nurs.* 22, 156–159. doi: 10.12968/bjon.2013.22.3.156
92. Volkmar F.R., Lord C., Bailey A., Schultz R.T., and Klin A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *J. Child Psychol. Psychiatry* 45, 135–170. doi: 10.1046/j.0021–9630.2003.00317.x
93. Winnicott D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena—a study of the first not-me possession. *Int. J. Psychoanal.* 34, 89–97. doi: 10.1111/j.1468–5922.2008.00745.x
94. Winnicott D.W. (1971). “Playing: a theoretical statement” in *Playing and reality*. (New York: Basic Books), 69–88.
95. Yalom I., and Leszcz M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Sivaraman M. Using Multiple Exemplar Training to Teach Empathy Skills to Children with Autism / M.Sivaraman // Behavior analysis in practice. – 2017. – №. 10 (4). – P. 337–346.

Abstract. *The purpose of the study was to use multiple exemplar training to teach empathetic responding to two children with autism. Three emotions—happiness, frustration and sadness/pain—were chosen for this purpose. Treatment consisted of verbal prompting and reinforcement of empathetic responses. Four experimenter-defined categories with discriminative stimuli were used for each emotion. The multiple exemplar component of the model consisted of teaching responses in the presence of several discriminative stimuli drawn from the predefined categories for each emotion delivered by two persons across two environments. Results were evaluated using a multiple baseline design across behaviours and indicate a systematic increase in responses with the introduction of treatment across each category for both participants. Generalization of responses from training to non-training stimuli in both participants was observed during probe trials and was maintained during follow-up probes.*

Keywords: *autism, empathy, multiple exemplar training, generalization*

Introduction

The *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-V)* defines a deficit in socio-emotional reciprocity including reduced sharing of interest, emotions or affections as one of the diagnostic criteria for autism spectrum disorder (ASD). Although empathy deficits in individuals with autism have been well documented (Rutter, 1978; Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985), the definitions of empathy have varied considerably across research laboratories. The term “empathy” can refer to an ability to adopt another’s perspective (Sigman, Kasari, Kwon, & Yirmiya, 1992; de Waal, 2008) and experience a congruent emotional state (Yirmiya, Sigman, Kasari, & Mundy, 1992). Researchers have suggested that empathic distress, or experiencing concern for others, plays an important role in the development of pro-social behaviours such as helping and sharing in young children (Eisenberg, McCreath, & Ahn, 1988; Williams, O’Driscoll, & Moore, 2014; Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990).

Being able to respond appropriately when someone is sad or frustrated forms an integral part of peer engagement and play among children. Empathetic responding plays a role in increased interactions with classmates and is likely to be maintained in the natural environment by the development of friendships and other social relationships (Charlop & Walsh, 1986; Rheingold & Hay, 1980). Access to such interaction and play is of significance to children with autism during the transition to general education classrooms. This makes empathy an important area of research among other social behaviours.

Some researchers approach deficits in empathy as an inability to adopt another person’s perspective (Baron-Cohen et al., 1985; Yirmiya et al., 1992). Empathy deficits were viewed as occurring due to attention deficits by Sigman et al. (1992), who also demonstrated that children with autism failed to attend to the affect of an adult displaying a negative emotion in contrast to normally developing or mentally retarded children which contributed to their social deficiencies.

Recent research has approached deficits in social behaviour as a stimulus control problem, suggesting that behavioural deficits could be due to stimulus over-selectivity-responding to only one or to a reduced number of components when faced with a stimulus (Bailey, 1981, Lovaas, Koegel, & Schreib-

man, 1979). Although a number of researchers have recorded empathy deficits in children with autism, very few studies have focused on the strategies to overcome this problem and documented the extent of generalization of the skills acquired.

Gena, Krantz, McClannahan and Poulson (1996) taught contextually appropriate affective responding to four individuals with autism using modeling, prompting and reinforcement in various scenarios such as showing appreciation or sympathy. There was an increase in appropriate responding across all participants and generalization occurred to untrained scenarios, therapists and settings. Harris, Handleman and Alessandri (1990) taught three adolescent boys with autism to offer assistance to a person unable to complete a simple task. All three participants showed rapid acquisition of helping responses during treatment and some transfer of skills to novel settings and tasks. Both these studies addressed deficits in social behaviour using operant techniques such as reinforcement and prompting, and the results have implications in the present study.

Schrandt, Townsend and Poulson (2009) used vignettes with dolls and puppets demonstrating various types of affect to teach empathetic responding to four children with autism. Although increases in appropriate responding were observed during treatment, the responses generalized from dolls to actual people in a non-training setting for only two of the participants. Deficits in empathy were viewed as occurring due to an inability to differentiate the situations in which specific responses were appropriate. The results of these studies on empathy (and social behaviour) indicate that acquisition and generalization of responses to non-training stimuli likely occurred due to training with multiple exemplars (e.g. showing a variety of situations where help is to be provided) within a stimulus class.

Previous research conducted in training empathy responses has shown the successful use of a variety of discriminative stimulus compounds to evoke empathy responses. Schrandt et al. (2009) used a combination of vocal and motor stimuli to teach empathy responses. One major limitation of this is that affective stimuli, which likely form an important part of the discriminative stimuli that evoke empathy in the natural environment, were not programmed to be part of the antecedent. Gena et al. (1996) used scenarios each involving a

vocal and affective stimulus, but not motor stimuli, to teach empathetic responding.

In the natural environment, the discriminative stimuli that evoke empathy responses are quite complex and likely involve combinations of vocal, motor and affective stimuli. Our identification of the relevant discriminative stimuli and programming these during treatment play a role in the generalization of acquired skills beyond training conditions (Stokes & Baer, 1977). As a preliminary attempt to operationalize the stimulus compounds and represent the diversity of stimuli present in the natural environment, the present study used verbal, motor and affective discriminative stimuli in each scenario used for training. This combination of stimuli has been used successfully in the training of prosocial behaviours such as helping and sharing (Reeve, Reeve, Townsend, & Poulson, 2007; Marzullo-Kerth et al., 2011). The present study sought to examine the effectiveness of this discriminative stimulus compound in teaching empathetic responding.

To promote generalization, empathy responses were taught in two different settings using two different persons as discriminative stimuli during training. The treatment package consisted of multiple exemplar training, prompt delay and reinforcement to teach empathetic responding. The extent of maintenance of the acquired skills was assessed during a follow-up session conducted after the conclusion of the study.

Method

Participants

Two children with a diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) participated in the study. They attended a private school and received their diagnosis prior to school enrolment. The diagnosis was done by an outside agency at the time of referral and was confirmed by a clinical psychologist using the criteria of DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Antony was 5 years and 2 months old, and Paul was 5 years and 8 months old. They received 2 h a day of ABA instruction thrice a week. The remainder of their time was spent in a general education classroom with 25 typically developing peers. Both children had a teaching history with discrete trial as well as incidental teaching formats. They had the prerequisite vocal imitation skills to repeat four-word phrases modelled by the instructor. Prior to

the study, the participants emitted little or no appropriate empathy towards others as indicated by the caregivers using a questionnaire. The questionnaire had five questions regarding the participant's responding in social situations involving a display of affect (ex. "Does your child offer comfort when you indicate pain?", "Does your child offer help when a peer is struggling with an activity?"). Each child, however, could comply with instructions to engage in familiar tasks, identify emotions when incidents were narrated and had acquired verbal skills to have short conversations and request for items, information, etc.

The identification of affect was directly assessed using picture cards of various facial expressions, pictures of people in various situations displaying affect and real people making several displays of affect (smile, laugh, frown, pout, looking down with a hand on the head, etc.). Additionally, specific social incidents were narrated involving a person experiencing a certain emotion wherein the participants could identify the emotions correctly. All other verbal skills were assessed using the Assessment of Basic Language and Learning Skills (ABLLS-R; Partington & Sundberg, 1998).

Setting and Materials

Sessions were conducted in a small room that contained two chairs a table, two cabinets and a bookcase. Toys and materials needed for the training were stored in the cabinets. Datasheets and stationery were placed on the table. A digital video camera was placed in one corner of the room and was used to record some sessions. The second setting used for training and generalization was a large, open-air hall containing four high stools for storage and two chairs.

Materials used included puzzles, a set of marbles, colouring books, a bowling set, toy autos and cars, blocks, books, a battery case, bubbles, kaleidoscopes, a slinky, a guitar and a light and sound ball.

Emotion Categories, Response Measurement and Interobserver Agreement.

The three emotion categories chosen were sadness or pain, happiness and frustration. Each emotion category had four stimulus categories. In each stimulus category, five different events served as multiple exemplars. For example, in the frustration category, searching for objects, difficulty fixing an object, dropping objects and carrying heavy objects were the four stimulus

categories. In the searching for object category, puzzle pieces, a board game, a bowling pin, a book and a crayon served as exemplars. The stimulus categories and exemplars were chosen following a 2-h informal observation session involving typically developing children as well as children diagnosed with ASD between 4 and 7 years of age, conducted in a school and at home (Reeve et al., 2007; Marzullo-Kerth et al., 2011).

For each exemplar, the instructor provided a non-verbal, a verbal and an affective discriminative stimulus. The non-verbal discriminative stimulus for all exemplars in the searching category involved the instructor looking for an object (hands contact an object inside a bag and move back and forth). The verbal discriminative stimulus consisted of an exclamation ("oh", "uff", "oops") followed by a comment about the item ("I cannot find the puzzle", "where did this crayon go"). The affective discriminative stimuli included shaking the head, a frown, a sigh, etc.

Table 1

Training and probe discriminative stimuli and empathy responses for frustration

Frustration	Non-verbal SD	Verbal SD	Affective SD	Empathy response
Fixing objects Bag Puzzle Auto Blocks	Hold an object (or a part of an object) in each hand	Uff /Argh/Oh man It is so hard to fix/close the box/bag/puzzle/auto/blocks	Pout/frown/sigh	Child asks "Do you need help" or "May I help you" and fixes/closes the object
Searching for objects Puzzle Game Bowling Pin Story book Orange crayon	Insert a hand into a box/bag/cabinet, contact an object and move hand back and forth	Uff /Argh/Oh man I can't find the puzzle piece/game/book/bowling pin/orange crayon	Pout/frown/sigh	Child asks "Do you need help" or "May I help you" and then places hands inside a bag/cover/cabinet and locates the object
Carrying objects Plastic covers Bags Stack of board games Stack of books Boxes	Hold at least 5 objects in the palms of both hands	Uff /Argh/Oh man This is too heavy/There's too many	Frown	Child asks "Do you need help" or "May I help you" and then extends an arm towards an object held in the instructor's hands; and holds the object
Dropping objects Marbles Books Blocks Papers Batteries	Release object in hand and it contacts the floor	Uff /Argh/Oh man I dropped everything	Pout/frown/sigh	Child asks "Do you need help" or "May I help you" and then picks up at least two objects from the floor

Empathy was operationally defined as a contextually appropriate response involving a vocal component (and a motor component, in the case of frustration) within 3 s of a display of affect by a person. For example, the participant was taught to say "May I help you? " and put his hand inside the bag to find the puzzle. Two different vocal responses were taught for each antecedent category (happiness, sadness, frustration).

To promote ease of generalization, the responses taught for a particular event in an antecedent emotion category were appropriate for all events within that category. Categories for happiness included completing a task, locating an item, talking about a favourite event and presenting a new object. For example, the instructor would point to a completed puzzle, smile and say "I finished the puzzle". The empathy responses taught for all happiness exemplars were "Wow, so cool" or "That's cool". Categories for sadness/pain included falling down, getting hurt while using an instrument, being ill and encountering broken items. One of the discriminative stimuli in this category involved the instructor stubbing a toe against the wall, frowning and saying "Ow, that hurts". The empathy responses taught for this category were "Are you alright?" or "Hey, are you okay?". A list of stimulus categories, exemplars and responses used for the training and probe trials for each emotion is listed in Tables 1, 2 and 3.

Table 2

Training and probe discriminative stimuli and empathy responses for sadness

Sadness	Non-verbal SD	Verbal SD	Affective SD	Empathy response
Fall down Stub a toe against a	Rub toe/elbow/knee/arms/back	Uff/Argh /It hurts	Pout/frown	"Hey are you okay?" "/ "Are

Sadness	Non-verbal SD	Verbal SD	Affective SD	Empathy response
<p>table</p> <p>Hit elbow against the door</p> <p>Hit knee against a chair</p> <p>Fall to the ground while running</p> <p>Fall down while climbing stairs</p>				<p>you alright? "</p>
<p>Sick/in pain</p> <p>Headache</p> <p>Stomach ache</p>	<p>Rubbing head/stomach/neck/shoulder/chest</p>	<p>Ow/Ouch</p>	<p>Pout/frown</p>	<p>"Hey are you okay? "</p> <p>"/ "Are you alright? "</p>

Sadness	Non-verbal SD	Verbal SD	Affective SD	Empathy response
Neck pain Shoulder pain Coughing				
Hurt while using an instrument Paper scissors Hot toast Zipper Shoe buckle	Rub fingers	Ouch/Ow that hurt	Pout/frown	"Hey are you okay?" / "Are you alright?"
Sad about a broken item Board game	Hold item between palms	Uff /Argh/Oh man It's broken	Pout/frown	"Hey are you okay?" / "Are you alright?"

Sadness	Non-verbal SD	Verbal SD	Affective SD	Empathy response
Mr. Potato head Toy guitar Kaleidoscope Toy camera				

Table 3

Training and probe discriminative stimuli and empathy responses for happiness

Happiness	Non-verbal SD	Verbal SD	Affective SD	Empathy response
Completing/winning a task Puzzle Spinning top	Holding the puzzle/picture/collage/blocks using fingers; pointing to the spinning top/game and putting both hands up in the air	Yaay I finished/Yaay, I won!!	Smile/laugh	"That's cool! "/ "Wow, so cool"

Happiness	Non-verbal SD	Verbal SD	Affective SD	Empathy response
Tummy ache game Blocks				
Talking about a new item Board game Shoes Book Bag Kaleidoscope	Holding the board game/book/bag/kaleidoscope between the fingers; pointing to the shoes worn on the feet	I bought a new game/shoes/book/bag/kaleidoscope	Smile	"That's cool! "/ "Wow, so cool"
Locating an item Toy lizard Toy octo-	Toy lizard/octopus/harmonica/ball/camera held between fingers	Hey I found it!/ "Wooho, look I found a lizard/octopus/harmonica/ball/camera"	Smile	"That's cool! "/ "Wow, so cool"

Happiness	Non-verbal SD	Verbal SD	Affective SD	Empathy response
<p>pus</p> <p>Harmonica</p> <p>Ball</p> <p>Toy camera</p>				
<p>Talking about an ongoing event</p> <p>Piano</p> <p>Slinky</p> <p>Water spray</p> <p>Rotating chair</p> <p>Scooter board</p>	<p>Fingers contact piano keys to produce sounds/fingers pull the ends of the slinky to stretch it/finger presses lever to release water from the spray/sit on the rotating chair and turn around/sit on the scooter board with feet on ground and propel forward</p>	<p>Wooho! This is so much fun</p>	<p>Smile/laugh</p>	<p>"That's cool!"/ "Wow, so cool"</p>

The cultural variations in the topography of affective behaviour (Davitz, 1964) and the differences in interpersonal touch across cultures

(Remland, Jones, & Brinkman, 1995) played a role in the experimenter's choice of responses. Since both participants in the study were Asian children from typical households in India, where social interactions do not normally involve physical contact, appropriate responses to displays of happiness and sadness only involved a vocal component.

Additionally, other contextually appropriate responses were scored as correct even if they were not part of the training responses. For instance, saying "Can I look for it? ", "What happened? ", "Awesome", "Cool" and "I can help you", etc. was scored as correct even though these responses were not taught directly.

The experimenter and one other instructor measured interobserver agreements for 30% of the sessions in each experimental condition for both participants. Observers recorded vocal responses (and motor responses for frustration trials) from videotapes of the sessions. For each trial, they circled "yes" if a contextually appropriate response occurred within 3 s of the display of affect. They circled "no" in all other situations. Agreements were defined as trials in which both observers circled the same response (yes or no). Disagreements occurred when the same response was circled differently by both observers. Interobserver agreement was calculated as a percentage obtained from the ratio of agreements divided by agreements plus disagreements. It was found that across both participants and experimental conditions, agreements ranged from 92 to 100% indicating no more than 1 disagreement per session.

Procedure

A trial began when the instructor presented an event with the programmed discriminative stimuli and ended after a designated interval of time (3 s) during baseline and probe trials. The instructor provided prompts and delivered consequences during training trials. All sessions began with a preference assessment where the participants chose any two preferred items or activities from an array of ten items.

Baseline

During baseline, the experimenter provided the discriminative stimuli associated with each event programmed for the child (ex. saying "Ow that hurts" while stubbing toe against the table and frowning). The experimenter

then waited 3 s for the child to emit the appropriate response. A conversational exchange (ex. "Thank you", "okay") followed correct responses. No feedback was provided for incorrect responses. No explicit instructions or prompts were provided during the trials. There were ten trials that were conducted every session during baseline. Throughout the session, the instructor delivered praise and preferred toys approximately once every two trials for appropriate sitting, waiting and attending to events presented.

All trials were conducted in a naturalistic fashion. Frustration and happiness trials were conducted during regular activities involving the event. For instance, the trial for fixing the puzzle was conducted when the instructor and participant were involved in completing a puzzle.

All sadness/pain trials were conducted either during play time (ex. when the instructor fell down or was hurt or won a game) or when the instructor contrived a situation to use an instrument (ex. saying "let's cut papers and make some parking tickets for our pretend game" and then proceeded to initiate a trial involving getting hurt by the scissors).

Treatment

During treatment, the discriminative stimuli for training and probe trials were presented in the same manner as baseline. Correct responses were reinforced with behaviour specific praise ("I am so glad you are offering help") and access to preferred toys and activities while incorrect responses were ignored. Each emotion category had 20 discriminative stimuli, 16 of which were used as training stimuli and the remaining four were presented during probe trials. One exemplar was randomly chosen from each sub-category and assigned as a probe trial, making it a total of four probe exemplars per antecedent emotion category. Each session consisted of ten training trials and four probe trials delivered in a random order by two instructors across two settings.

The instructor delivered verbal prompts (e.g. Say "I can help you") in a prompt-delay sequence to prevent errors and facilitate correct verbal responding. In addition, manual prompts for frustration trials were provided to estab-

lish correct motor responses. For the first three sessions, prompts were delivered at 0-s delay. From the fourth session onwards, prompts were delivered after a 1-s delay. Delay lengths were increased by 1 s with a maximum delay of 3 s following each session in which the participant responded correctly to any four trials out of ten.

Generalization to Non-training Probe Stimuli and Follow-Up

Probe trials were randomly interspersed during all treatment sessions. They were presented in the same manner as during baseline. The non-training discriminative stimuli presented during each probe trial belonged to the same antecedent emotion category that was being trained. A conversational exchange followed correct responses, and no feedback was provided for incorrect responses.

A follow-up session was conducted to determine maintenance of empathy responses over time without access to training. It was conducted approximately 30-days post-intervention for both participants, and four probe trials were conducted for each emotion. The trials were conducted by the same instructors who were part of the treatment sessions in the same manner as baseline.

Experimental Design

A delayed multiple baseline design across response categories was used to assess the extent to which the treatment package was effective in teaching empathetic responding across the three response categories (sadness or pain, frustration and happiness).

Results

Figures 1 (Antony) and 2 (Paul) depict the percentage of empathy responses emitted to affective discriminative stimuli during training and probe trials. The baseline data indicate a very low level of empathetic responding in both participants. Following the successive introduction of treatment, increased responding to both teaching and probe trials was observed.

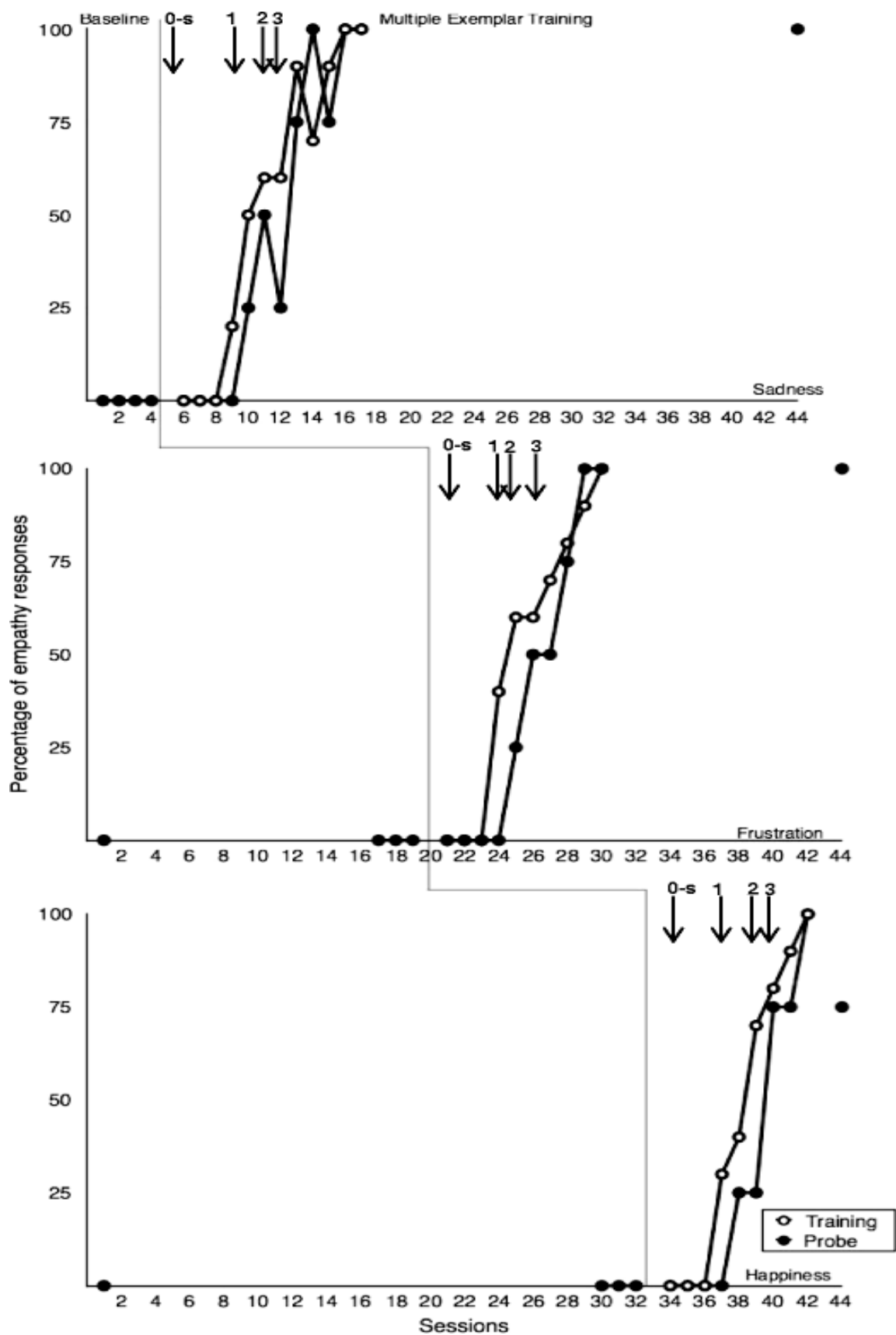


Fig. 1. Percentage of correct empathy responses during training and probe trials for Antony. Filled circles are probe trials, and hollow circles are training trials

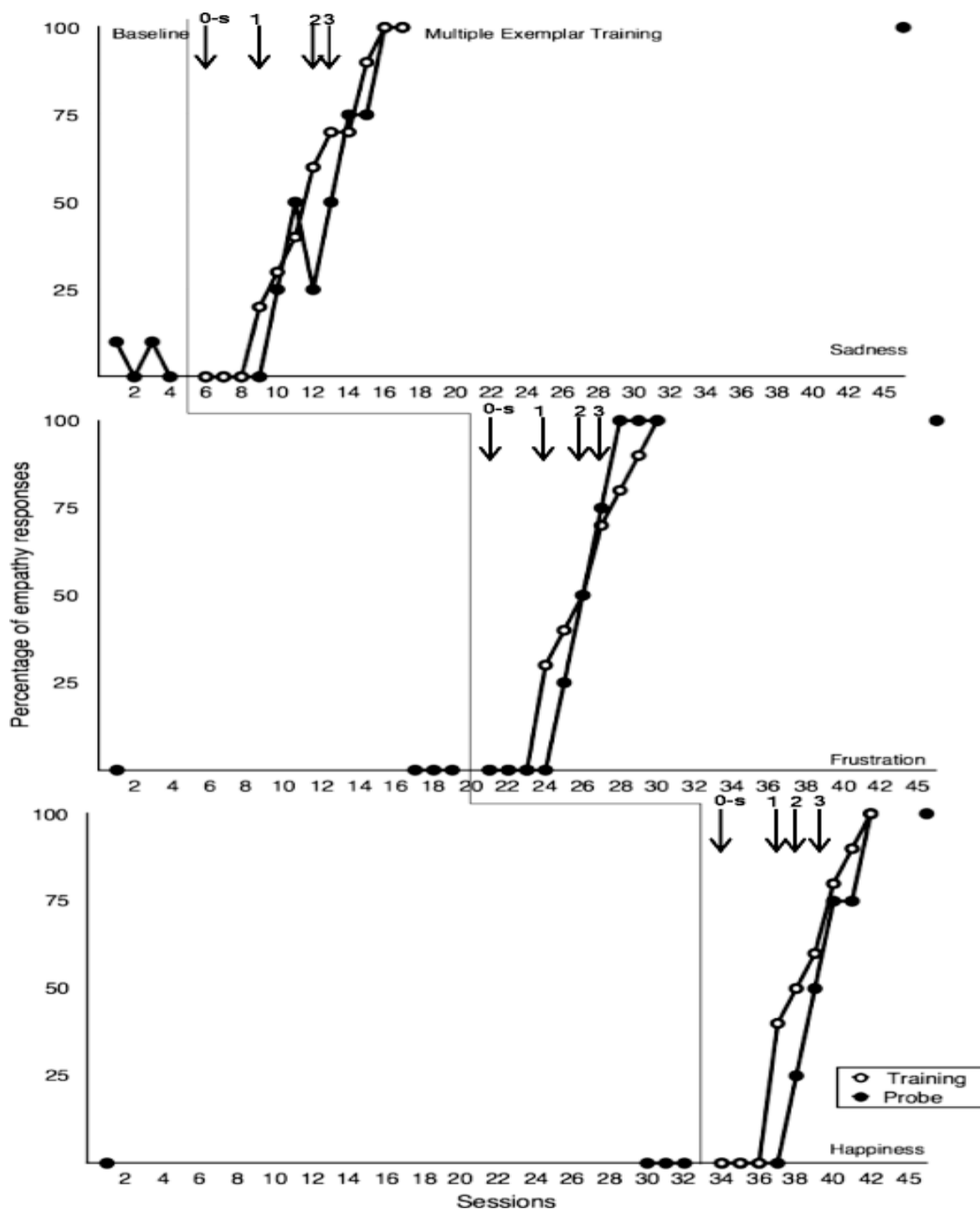


Fig. 2. Percentage of correct empathy responses during training and probe trials for Paul. Filled circles are probe trials, and hollow circles are training trials

The percentage of trials in which Antony responded empathetically increased from 0% during baseline to 100% during treatment for each of the three emotions. During probe trials, the percentage of responding increased from 0% during baseline for all emotions to 100% during sadness/pain trials, 100% during frustration trials and 100% during happiness trials. The percentage of trials in which Paul responded empathetically during teaching trials

increased from 0% during baseline to 100% across all three emotions. His empathetic responses during probe trials increased from 0% during baseline to 100% during sadness/pain, 100% during frustration and 75% during happiness probes.

Discussion

Empathy is often documented as a deficit area in children with autism (Baron-Cohen et al., 1985), and a child's ability to show concern or interest when someone is in pain, happy or frustrated determines the likelihood of positive interactions with peers and family members (Charlop & Walsh, 1986). Access to social interaction and reinforcement is of special relevance to children like Antony who are transitioning to general education classrooms but often fail to form friendships with their typical peers.

The purpose of the present study was to assess the extent to which multiple exemplar training, prompt delay and reinforcement were effective in teaching empathy skills to children with autism. Prior to the treatment, the children in the study exhibited no empathetic responding. Following the systematic application of multiple exemplar training, appropriate empathetic responding increased in both participants showing that the treatment was effective. Each child learned to emit empathetic responses during training trials conducted in the presence of discriminative stimuli drawn from each of three emotions.

Generalization of responses was evident during probe trials drawn from the same categories as those used during training. In addition, maintenance of responses was observed during a follow-up session conducted 30 days after the conclusion of the study. The results indicate that children with autism as young as 5 years of age can exhibit appropriate empathetic responding in social settings and that these skills can generalize to stimuli not directly targeted during training.

The present study attempted to operationalize the discriminative stimuli that evoke an empathy response in the natural environment. While preexisting studies on teaching empathetic responding have used verbal and affective stimuli or verbal and motor stimuli, the present study used a combination of all

three (verbal, motor and affective) discriminative stimuli to teach appropriate responding. Responses were ensured to come under the control of relevant discriminative stimuli by conducting treatment sessions in two settings and using two real persons. Finally, maintenance of responses was observed during the follow-up session conducted after the conclusion of the study.

A skill is functional when the discriminative stimuli present in the natural environment successfully evoke the appropriate response (Stokes & Baer, 1977). Although the stimuli that evoke empathetic responses in the real world are quite diverse and complicated, in future research, attempts must be made to operationalize these variables and incorporate them in the training conditions. The present study successfully used three stimuli-affective, verbal and motor-to evoke empathetic responding. However, the individual contributions of each stimulus in occasioning the controlling response were beyond the scope of the present study. These stimuli were identified following an observation of children in the natural setting (Marzullo-Kerth et al., 2011). A case analysis of using the three stimuli individually and in combination would be an area for future work. By interspersing, these trials with ones that do not require an appropriate empathy response would provide more weightage to the functionality of the response. It would therefore be beneficial to have some situations involving the same materials but no affective or verbal stimuli indicating the need for a comforting or helping response.

One other limitation of the study is that the social validity of the outcomes was not assessed. Future researchers might consider assessing whether the empathetic responses of the participants are rated as similar to those of their neuro-typical peers. All trainers in this study were adults, due to non-availability of peers in the treatment setting. Given the amount of training that was required, it may be more effective to involve peers during the treatment. Additionally, the same adults were involved during training as well as probe trials raising doubts about whether this skill will generalize to other people. Conducting probe trials with new people might be an area for future research.

A stopwatch was used to measure 1-s increments in prompt delay during the treatment. The procedural difficulty associated with accurately measuring

1-s increments makes this hard to replicate. Future research might evaluate the benefits of 3-s increments over 1-s increments. It may also be noted that each treatment session had a high ratio of training to probe trials. It may be beneficial to examine whether a lower number of training trials per session would still facilitate generalization.

Additionally, the training for each stimulus category (happiness, sadness and frustration) began only after the previous category had been mastered. After mastery, maintenance probes were conducted, during which trials belonging to all categories were presented together. Both participants responded appropriately (almost 100% correct responding) and switched between responses appropriate for each contextual situation. Although this is noteworthy, future research might plan for some overlap between treatment sessions of each category.

Overall, the findings of this study indicate that it is possible for appropriate empathetic responding of children with autism to come under the control of relevant discriminative stimuli. This is consistent with existing research in that failures in empathy are due to a stimulus control problem—an inability to discriminate between various displays of affect, rather than a deficiency in the repertoire itself (Bailey, 1981; Lovaas et al., 1979).

In the present study, toys, praise and activities were delivered contingent upon correct empathy responses during treatment. For these responses to be maintained beyond training, the natural contingencies of reinforcement must operate on the behaviour. Although the responses taught during the study were maintained during the probes conducted in the follow-up session, fading the use of toys and activities as reinforcers would be an area for future work. Empathy is likely maintained in the natural environment by increased interaction with peers and friends. One of the reasons for deficient empathetic responding in children with autism could be attributed to the consequences in the natural environment not having a reinforcing value (Marzullo-Kerth et al., 2011). The challenge would then become to condition peer interaction and friendships as possible reinforcers.

Multiple exemplar training might have been responsible for the generalization of empathy responses. Although the discriminative stimuli for empathetic responding in the natural environment might be complex and varied, learning to respond appropriately when someone is in pain or happy or needs help is an important step towards addressing empathy deficits in children with autism.

References

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
2. Bailey S.L. (1981). Stimulus overselectivity in learning disabled children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 239–248.
3. Baron-Cohen S., Leslie A.M., & Frith U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind". *Cognition*, 21, 37–46.
4. Charlop M.H., & Walsh M.E. (1986). Increasing autistic children's spontaneous verbalizations of affection: an assessment of time delay and peer modeling procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19(3), 307–314.
5. Davitz J.R. (1964). *The communication of emotional meaning*. New-York: McGraw Hill.
6. Waal F.B.M. (2008). Putting the altruism back into altruism: the evolution of empathy. *Annual Review of Psychology*, 59, 279–300.
7. Eisenberg N., McCreath H., & Ahn R. (1988). Vicarious emotional responses and prosocial behavior: their interrelations in young children. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 298–311.
8. Gena A., Krantz P.J., McClannahan L.E., & Poulson C.L. (1996). Training and generalization of affective behavior displayed by youth with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 291–304.
9. Harris S.L., Handleman J.S., & Alessandri M. (1990). Teaching youths with autism to offer assistance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23 (3), 297–305.

10. Lovaas O.I., Koegel R.L., & Schreibman L. (1979). Stimulus overselectivity in autism: a review of research. *Psychological Bulletin*, 86, 1236–1254.
11. Marzullo-Kerth D., Reeve S.A., Reeve K.F., & Townsend D.B. (2011). Using multiple-exemplar training to teach a generalized repertoire of sharing to children with autism. LeBlanc L., ed. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 44(2):279–294.
12. Partington J/W., & Sundberg M.L. (1998). *The Assessment of Basic Language and Learning Skills (the ABLBS): an assessment, curriculum guide, and skills tracking system for children with autism or other developmental delays*. Pleasant Hill, CA: Behaviour Analysts.
13. Reeve S.A., Reeve K.F., Townsend D.B., & Poulson C.L. (2007). Establishing a generalized repertoire of helping behavior in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 123–136.
14. Remland M.S., Jones T.S., & Brinkman H. (1995). Interpersonal distance, body orientation, and touch: effects of culture, gender, and age. *Journal of Social Psychology*, 135, 281–297.
15. Rheingold H.L., & Hay D.F. (1980). Prosocial behavior of the very young. In G.S. Stent (Ed.), *Morality as a biological phenomenon* (pp. 93–108). Berkeley: University of California Press.
16. Rutter M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. In M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: a reappraisal of concepts and treatment* (pp. 139–161). New-York: Plenum.
17. Schrandt J.A., Townsend D.B., & Poulson C.L. (2009). Teaching empathy skills to children with autism. Carr J, ed. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(1):17–32.
18. Sigman M.D., Kasari C., Kwon J.H., & Yirmiya N. (1992). Responses to the negative emotions of others by autistic, mentally retarded, and normal children. *Child Development*, 63, 796–807.
19. Stokes T.F., & Baer D.M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10(2), 349–367.

20. Williams A., O'Driscoll, K., & Moore C. (2014). The influence of empathic concern on prosocial behavior in children. *Frontiers in Psychology*, 5, 425.

21. Yirmiya N., Sigman M.D., Kasari C., & Mundy P. (1992). Empathy and cognition in high-functioning children with autism. *Child Development*, 63, 150–160.

22. Zahn-Waxler C., & Radke-Yarrow M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and Emotion*, 14, 107–130.

Shillingsburg M.A. Preliminary Procedure for Teaching Children with Autism to Mand for Social Information / M.A. Shillingsburg, S.E. Frampton, S.C. Wymer, B. Bartlett // Behavior analysis in practice. – 2018. – № 11 (1). – P. 34–38.

Abstract

We used procedures established within the mands for information literature to teach two children with autism to mand for social information. Establishing operation trials were alternated with abolishing operation trials to verify the function of the responses as mands. Use of the acquired information was evaluated by examining responding to questions about their social partner. Both participants acquired mands for social information and showed generalization to novel social partners.

Keywords: *mands for information, social skills, asking questions, autism*

Contriving EO and AO conditions together with verbal prompts can be used to teach mands for social information. EOs for social information can be established by presenting unknown questions about others and withholding reinforcement until they answer correctly. Using AO trials that incorporate verifiable information may be a simpler way to begin intervention. Further evaluations may be needed to establish mands for social information under correct control.

Compared to their typically developing peers, children with autism spectrum disorder (ASD) ask fewer questions seeking information (Tager–

Flusberg et al., 1990). To address deficits related to asking questions, studies used self-management (e.g., Koegel, Park, & Koegel, 2013) and verbal instructions (e.g., Swerdan & Rosales, 2015). Although successful, these approaches have focused on establishing discriminative stimuli for conversation rather than bringing question-asking under motivational control.

Skinner (1957, p. 39) classified questions as one form of mand, "which specifies verbal action" from the listener. This form of mand would be under control of an establishing operation (EO; Michael, 1988), which establishes the "verbal action" or question-answering, as a conditioned reinforcer. Applying this classification of *question-asking* to the issue above, it would appear that children with ASD may not experience social information about others as a conditioned reinforcer. Thus, lack of information about others may not serve as a sufficient EO condition to evoke a mand for social information, resulting in fewer questions to others.

A model for a motivation-based intervention is found in the mands for information literature, which has addressed questions related to accessing preferred tangibles. Procedures that include question-asking under conditions when information is known (i.e., abolishing operation (AO) condition) and when it is unknown (i.e., EO condition) have been utilized to teach several types of questions (e.g., Lechago, Howell, Caccavalle, & Peterson, 2013; Shillingsburg, Bowen, Valentino, & Pierce, 2014). Some studies also evaluated how the information was applied once obtained, demonstrating the practical utility of the mand from the perspective of the speaker (e.g., Shillingsburg et al.).

The purpose of the current study was to combine these lines of research to teach children with ASD to ask social questions of others under EO and AO conditions, evaluate use of the information gained by the speaker, and test for generalization across conversation partners.

Method

Participants, Settings, and Materials

Participants were two, 6-year-old males diagnosed with ASD by a licensed psychologist. Both had received daily clinic-based behavioral services

for over 1 year. Results of the Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP; Sundberg, 2008) showed the participants could mand for information using "Wh" questions about missing items, but did not request social information. The therapist sat next to the participant at a table in a classroom with instructional materials and preferred items present. The designated social partner sat 1.2 m away.

Experimental Design and Response Measurement

The term social questions will be used, rather than mand for information, as responding could occur on AO trials. Independent social questions were scored when participants turned their torso toward or looked at the designated social partner and emitted the relevant vocal question within 10 s of the start of a trial, without prompts. Prompted social questions were scored when they occurred within 5 s of a prompt. Correct intraverbal responses were scored when participants replied with the correct information following a therapist's question about the designated social partner. An adapted alternating treatment design was used to evaluate social questions during EO and AO conditions (Shillingsburg et al., 2014). A non-concurrent multiple baseline design across participants demonstrated replication of treatment effects.

A second observer independently collected data during 100% of sessions. Trial-by-trial inter-observer agreement (IOA) was calculated by dividing the number of agreements by the number of possible agreements. Average IOA for Cooper was 96.54% (range 76.47–100%) and for Gerald was 96.67% (range 77.27–100%).

Treatment integrity (TI) data were collected on correct step-by-step implementation of the procedures for 29.41 and 71.43% of sessions for Cooper and Gerald, respectively. The percentage of steps correctly completed was scored for each trial. Average TI for Cooper was 98.9% (range 96.55–100%) and for Gerald was 97.33% (range 90–100%).

Pre-Training

Social partner 1 (SP1) and social partner 2 (SP2) were adult therapists on the participant's clinical teams. SP1 and SP2's responses to over 100 questions were recorded. Questions were categorized as social if they pertained to

unobservable information (e.g., "What do you like to play? "). Participants were taught to answer a subset of the questions related to SP1 and SP2 using training procedures identical to their typical programming.

Following pre-training, the therapist presented every question about SP1 and SP2 to the participants and recorded their responses (e.g., "What does Sarah like to play? " and recorded the response "legos"). If the participant's answer matched the information supplied by the social partner, it was considered correct. Following three consecutively correct trials, the question was considered known and included on AO trials. Following three incorrect responses, the question was considered unknown and included on EO trials.

General Procedures

The number of trials presented per session varied (range 6–31) but was all pre-randomized to alternate evenly between AO and EO. One to two mastered demands were presented before trials to ensure attending. Trials were initiated by the therapist asking the participant a question pertaining to the designated social partner. A 10-s response interval was provided. If the participant emitted a social question, the social partner responded with the correct information (EO trials) or stated, "You already know that" (AO trials). Next, the therapist would repeat the initial question to evoke an intraverbal. Correct intraverbals on AO trials or following a mand for information on EO trials resulted in praise and a token. The same token economy in place in each participant's clinical programming was used. Once 10 tokens were earned, participants were allowed to verbally mand for items during a 1–2 min break. If a correct response occurred on an EO trial, it was excluded from future EO trials (i.e., the answer was conceivably "known" to the participant).

Baseline

Trials were conducted as described above, first with SP1 then SP2. The number of AO and EO trials was staggered for Cooper and Gerald. The AO and EO questions presented in baseline were not used in treatment, but were repeated in the posttest.

Treatment

Trials were presented as described in baseline, with SP1 only. During EO trials, the therapist prompted the participant to approach SP1 using physical guidance or gestures, and then, an echoic prompt was given to occasion a social question (e.g., "What do you like to eat? "). Once the participant echoed the therapist, SP1 provided the information (e.g., "pizza"). The therapist prompted the participant to return to the table and repeated the initial question (e.g., "What does Sarah like to eat? "). Correct intraverbals produced praise and a token. We ignored incorrect responses and initiated the next trial. AO trials were conducted as described in Baseline. Modifications to the treatment condition are described below.

Treatment to Approach with Prompt Delay

Once Cooper had emitted prompted social question on 10 EO trials, the prompt to approach SP1 was delayed to 2 s and no echoic prompts were provided. If Cooper emitted an incorrect intraverbal without asking a social question, the therapist prompted Cooper to approach SP1 as before.

EO Correction

To increase the EO for the information and increase the response effort of "guessing, " prompts to ask social questions were discontinued following incorrect intraverbals on EO trials. Instead, the therapist repeated the same question until either the participant independently asked SP1 a social question or five repetitions of the same question occurred. After five repetitions, a new question was presented.

Observable AO

Modifications were made to increase the likelihood that an AO was present on AO trials when frequent social questions occurred. AO trials were changed to questions that the participant could answer by observing SP1, abolishing the EO for the information, as it was verifiably available. Two variations of observable AO trials were presented, including a range of questions related to SP1's clothing and a range of questions related to objects SP1 was holding. Questions varied to prevent rote responding and required the participant to attend to SP1 on each trial.

AO Correction

For Gerald, SP1 provided no response to social questions on AO trials, as it was hypothesized that the behavior was attention maintained.

Posttest Probes

Trials were similar to Baseline, with the substitution of observable AO trials. Posttest trials were conducted first with SP1, then with SP2, and finally with a peer with ASD.

Results

Data are graphed cumulatively to reflect performance on individual trials. In Baseline, Cooper and Gerald did not ask social questions and did not emit correct intraverbals on EO trials with either SP1 or SP2 (Figs. 1 and 2). Cooper did not ask social questions but emitted correct intraverbals on all AO trials. During Treatment (Fig. 3), Cooper responded to the prompt to ask SP1 social questions on EO trials and independently emitted correct intraverbals. When the prompt was delayed to 2 s, no independent social questions were observed so the EO correction was added on trial 60. Independent social questions began to occur, though, often following several incorrect intraverbals. By trial 95, Cooper independently asked social questions on both EO and AO trials, but following the introduction of observable AO trials, the social questions ceased on AO trials.

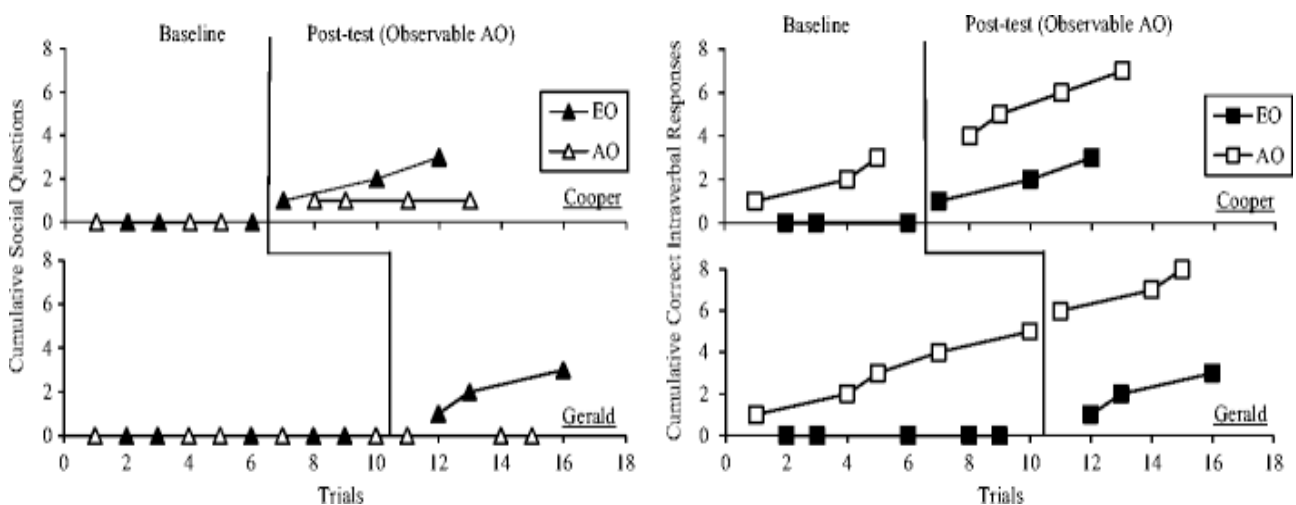


Fig. 1. Cumulative number of social questions with SP1 and correct intraverbals across conditions

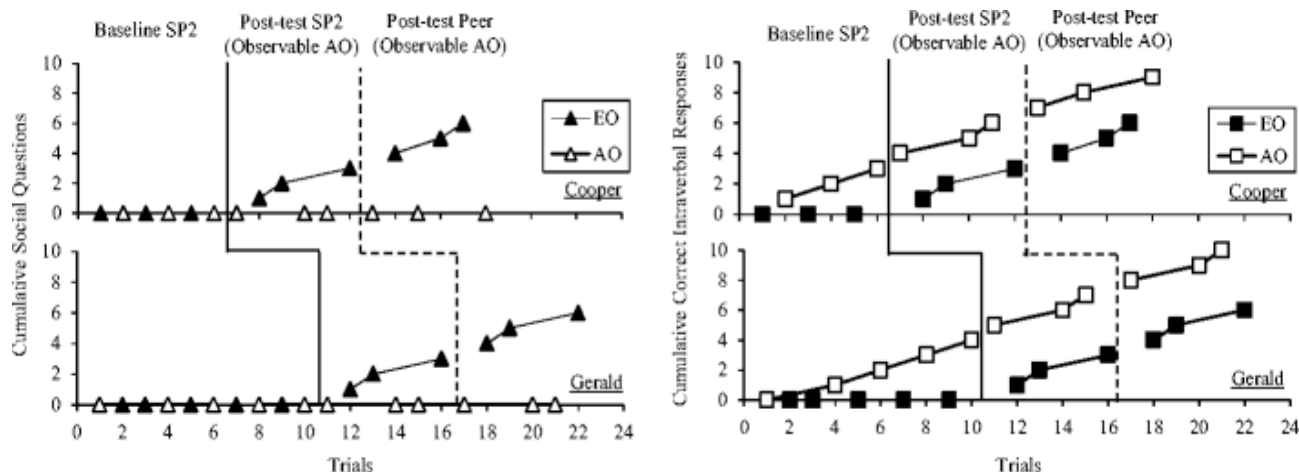


Fig. 2. Cumulative number of social questions with SP2 and a peer and correct intraverbals across conditions

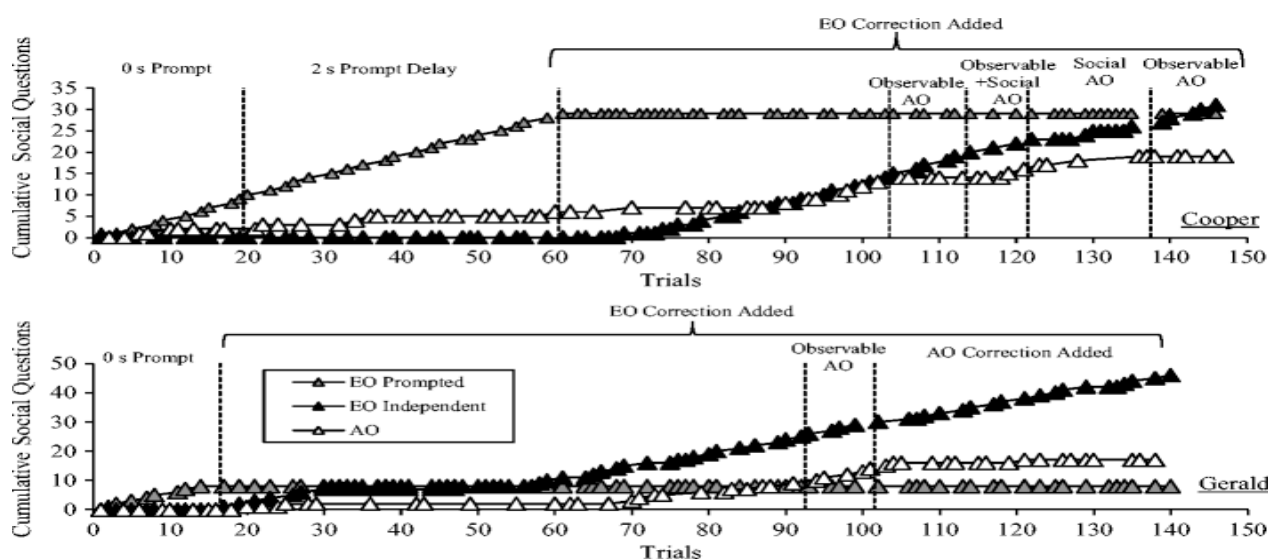


Fig. 3. Cumulative number of social questions with SP1 during treatment

A mix of observable AO and social AO trials was introduced on trial 115 and questions on AO trials reemerged. Starting on trial 123, only social AO trials were presented resulting in frequent social questions on AO trials and decreased social questions on EO trials. Starting on trial 137, only observable AO trials were included until Cooper met mastery criteria by asking social questions on five consecutive EO trials and refraining from asking on five consecutive AO trials. During posttest probes, Cooper asked social questions on all EO trials and one question on an observable AO trial (Fig. 1). These results were replicated with SP2 and a peer with ASD (Fig. 2).

During treatment (Fig. 3), Gerald responded to prompts to ask SP1 social questions and emitted independently correct intraverbals. Starting on trial 17, the EO correction was added and social questions began to occur on EO

and AO trials. Observable AO trials were introduced on trial 93, and when social questions still occurred on AO trials, the AO correction began on trial 103. With this final modification, social questions ceased on AO trials but continued to occur on EO trials. Posttest probes showed that Gerald independently asked SP1 social questions on EO trials (Fig. 1). Generalization to SP2 and to a peer with ASD was also observed (Fig. 2).

Discussion

These findings demonstrate that procedures used to teach mands for information related to tangible items can be applied to teach social questions. Both participants generated novel mands for social information (e.g., changing the question from "What does Sarah like to eat?" to "What do you like to eat? ") and responded to intraverbal questions about their social partners without direct training. The responses were generalized across social partners and occurred during a probe with a peer with ASD. Establishing mands for social information under control of an EO rather than or in conjunction with conversational scripts is an area that should be further investigated. It is important to note the complexity of social interactions when attempting to contrive motivating operations to promote asking social questions. We found that a variety of interacting and potentially competing EOs were at play throughout intervention. We introduced several procedures that may be applicable and modifiable by practitioners aiming to promote social questions to adults and peers. Although these procedures may seem idiosyncratic to the current participants, the underlying difficulties (i.e., controlling for AO and EO conditions) will likely be common. Though procedures to control known and unknown information can be employed, there may be other EOs at strength that occasion mands to social partners; thus, mands on intended AO trials may persist. To establish mands for social information under the appropriate control, the use of verifiable AO conditions may confirm that a functional mand has been acquired. Subsequently, if mands for information occur in situations where the AO cannot be confirmed, we may assume an EO is present and information could be provided. In the present study, the participants' reports suggested that "knowing" the information about a social partner

did not necessarily abolish motivation to "confirm" the information (e.g., Gerald saying "I want to know!" on AO trials).

The use of cumulative data in combination with an adapted alternating treatment design allowed for precise monitoring of the effects of each procedural modification on each participant. However, the idiosyncratic procedures limit the generality of the findings. Our results are limited by the use of different procedures during pretest and posttest on AO trials. However, as social questions occurred almost exclusively on the EO trials in the posttest, the utility of the intervention was demonstrated in the differentiation from AO trials. Additionally, the use of a non-concurrent design is limited by possible threats to internal validity. To build upon these findings, we suggest researchers include observable AO trials throughout all stages to focus on the functional relation between EO trials and mands for information. Social AO trials could be included within separate pretest and posttest probes to assess if EO control maintains when the questions become similar to one another (i.e., all pertaining to social information).

Assessing maintenance outside of treatment sessions is important given that some of the procedures may not occur naturally. For example, in the AO correction, repeated questions were ignored. Though some social discomfort may occur when asking questions to which one already knows the answer, total ignoring is unlikely. Similarly, the use of feedback, "You already know that," was intended to punish social questions that occurred on AO trials, similar to consequences likely provided by the verbal community. This feedback did not serve this function, as social questions persisted for participants until modifications were made. The use of this procedure should be carefully considered in future studies and may not be appropriate when peers serve as social partners. Of note, the participants never contacted this feedback from a peer. Perhaps, due to the nature of ASD, subtle forms of social disapproval may be ineffective in reducing these behaviors, but this remains an empirical question.

The classification of the verbal response emitted by the participants to the therapist as an intraverbal is worthy of consideration. Responses on EO trials were likely multiply controlled verbal conditional discriminations; as the

response to the therapist came within seconds of the verbal response by the social partner, the response could be emitted under partial echoic control. To differentiate an echoic from an intraverbal, a time delay could be implemented between the response provided by the social partner and the second presentation of the question by the therapist. Responses to trained AO social questions appeared to function as pure intraverbal responses, while the responses to observable AO questions may be considered multiply controlled tacts. The inclusion of the verbal response measure was to demonstrate that the information obtained by the participants had utility to the speaker (i.e., the participant). That utility was likely established through the use of the token system, a limitation which should be addressed in future studies. The token delivery could be faded to assess if the opportunity to provide correct verbal responses served as a conditioned reinforcer, as it presumably would in a typical interaction. This may increase the overall social validity of these types of approaches and promote better long-term maintenance of these skills and application during interaction.

Notes

Compliance with Ethical Standards

The authors have no declared financial conflicts of interest. All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained for all individuals in the study.

References

1. Koegel L.K., Park M.N., & Koegel R.L. (2014). Using self-management to improve the reciprocal social conversation of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(5), 1055–1063. doi: 10.1007/s10803-013-1956-y.
2. Lechago S.A., Howell A., Caccavale M.N., & Peterson C.W. (2013). Teaching "how?" mand-for-information frames to children with au-

tism. Journal of Applied Behavior Analysis, 46(4), 781–791. doi:10. 1002/jaba. 71.

3. Michael J. (1988). Establishing operations and the mand. The Analysis of Verbal Behavior, 6, 3–9.

4. Shillingsburg M.A., Bowen C.N., Valentino A.L., & Pierce, L.E. (2014). Mands for information using “who?” and “which?” in the presence of establishing and abolishing operations. Journal of Applied Behavior Analysis, 47(1), 136–150. doi: 10.1002/jaba.101.

5. Skinner B.F. (1957). Verbal behavior. New York: Appleton-Century-Crofts.

6. Sundberg M.L. (2008). Verbal behavior milestones assessment and placement program: the VB-MAPP. Concord, CA: AVB Press.

7. Swerdan M. G., & Rosales R. (2015). Comparison of prompting techniques to teach children with autism to ask questions in the context of a conversation. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. Advance online publication. doi: 10.1177/1088357615610111.

8. Tager-Flusberg H., Calkins S., Nolin T., Baumberger T., Anderson M., & Chadwick-Dias A. (1990). A longitudinal study of language acquisition in autistic and down syndrome children. Journal of Autism and Developmental Disorders, 20 (1), 1–21. doi: 10.1007/BF02206853.

Компетентностно-ориентированные задания по теме «Методы коррекционной работы с детьми с расстройствами аутистического спектра»

1. Подготовьте аннотации современных статей по данной теме.
2. По результатам проведенного анализа современных исследований подготовьте реферативный обзор современных методов коррекционной работы с детьми с расстройствами аутистического спектра.
3. Опишите изученный зарубежный и отечественный опыт реализации эффективных методов коррекционной работы с детьми с аутизмом.

4. Заполните таблицу:

Метод коррекционной работы	Краткая характеристика	Цель	Задачи	Критерии эффективности
----------------------------	------------------------	------	--------	------------------------

5. На основе знаний об особых образовательных потребностях лиц с аутизмом проведите сопоставительный анализ форм и методов их обучения и воспитания.

Раздел 5. Опыт обучения и воспитания детей с РАС: сравнительные исследования

Эстербрук Р.Л. Развитие коммуникации у детей с расстройствами аутистического спектра в Соединенных Штатах Америки и России / Р.Л.Эстербрук, С.А.Эстербрук, А. Дрейфус, Т.А., Карпеова, Е.Н. Солдатенкова // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 2. № 3. – С. 56–66.

Аннотация. Представлен анализ теоретических принципов и методологических подходов в рамках научно-исследовательских школ США и России, являющихся основой для формирования коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Авторами рассматриваются индикаторы коммуникативных нарушений у детей с РАС, а также основные направления по их преодолению в контексте метода анализа вербального поведения (Б.Ф. Скиннер, М.Л. Сандберг, Дж.У. Партингтон, М.Л. Барбера США), традиций культурно-исторической психологии (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Б.Д. Эльконин – Россия), рефлексивно-деятельностного подхода (А.Н. Леонтьев, В.К. Зарецкий – Россия), теории системной динамической локализации высших психических функций (А.Р. Лурия – Россия) и метода замещающего онтогенеза (Б.А. Архипов, А.В. Семенович – Россия). Статья позволяет увидеть, что, несмотря на различие в методологии российской и американской научных школ, важным является то, что научно-исследовательские школы нацелены на решение социальной проблемы в виде включения детей с РАС в общество за счет развития их коммуникативных способностей.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра (РАС), коммуникация, методология, прикладной анализ поведения (ПАП); культурно-историческая психология (КИП).

«Проблема метода есть начало и основа,
альфа и омега всей истории ... развития ребенка»
Выготский Л.С.

Интерес к изучению развития природы человека пронизывает все эпохи со времен возникновения нашей цивилизации. Центральное место среди ключевых проблем развития занимает «безумие детства» [4, с.13] – дисгармоничное развитие или расстройство аутистического спектра (РАС). РАС как «первазивное нарушение развития» (от англ. *pervasive* – проникающий, распространяющийся повсюду) охватывает практически все области психического развития и влияет на различные аспекты жизнедеятельности и функционирования индивидуума [3; 20], является комбинацией качественных нарушений в области социальных взаимоотношений, вербального и невербального общения и воображения, а также чрезвычайно ограниченной сферы деятельности и интересов.

Особенностью РАС является нарушение единства психики, характеризующееся своей многоликостью, широким диапазоном проявлений и являющееся социальной проблемой во всем мире.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) утверждает, что «...порядка от 4 до 26 случаев на 10 000 детского населения – группа детей с РАС, численно превышающая контингент глухих и слепых детей, является значительным «поставщиком» инвалидов детства и других групп детей с патологией поведения, нуждающихся в разной социальной помощи» [3].

Основной заботой специалистов-практиков и исследователей, представителей разных культур, становится разработка качественных и эффективных программ обучения и психотерапии для этих детей.

Современный этап развития общества, характеризующийся глобальной информатизацией, изменил архитектуру образовательных процессов, расширив возможности специалистов в отношении траекторий их профессионального развития. Однако доступность образовательных ресурсов не всегда ведет к повышению качества самого образования.

Для того чтобы получить качественные образовательные результаты, важно выработать в себе рефлексивное отношение к имеющимся ресурсам, научиться оценивать их положительные стороны и недостатки, соотнося со своими приоритетами. Следовательно, необходимо «... выработать правильный научный подход... – опереться по-настоящему на метод, понять его отношение к другим методам, установить его сильные и слабые стороны, понять его принципиальное обоснование и выработать к нему верное отношение» [11, с. 43].

Вопрос отражения научного знания в содержании образовательных технологий для детей с РАС крайне актуален, он определяет эффективность оказываемой детям помощи с опорой на уже решенную теоретическим знанием основную задачу – достижение объективной истины во всей ее конкретности и полноте содержания. А от этого уже зависит возможность преодоления каждым ребенком барьеров, обусловленных особенностями его психофизического развития. Психофизическое развитие детей с РАС уже в первые два-три года жизни характеризуется специфической триадой симптомов:

- непосредственно аутизм как уход в себя;
- стереотипность поведения;
- особая характерная задержка и нарушение в развитии речи.

Нарушение коммуникативного взаимодействия является одним из базовых нарушений и определяет специфику развития ребенка с РАС: невозможность самовыражения и непонимание языка окружения неизбежно усугубляет его дезадаптацию. Одной из первостепенных задач специалистов разных культур, работающих с такими детьми, становится задача выявления специфики коммуникативного развития такого ребенка и разработка комплексной программы, направленной на формирование у него коммуникативных способностей.

Исследование, проведенное в рамках Программы изучения проблем аутизма в штате Делавэр в США (1995), показало, что 80% детей с РАС характеризуются отсутствием речи [27].

Эти данные подтверждаются данными полевого исследования, проведенного на базе Центра «Кашенкин Луг» – структурного подразделения Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Московского государственного психолого-педагогического университета, реализующего важнейшие задачи Правительства РФ в области включения детей с РАС и их семей в инклюзивное образовательное пространство [25].

Специфичность коммуникации детей с РАС характеризуется следующими проявлениями:

- задержка (физиологическая эхолалия, бедность словаря, аграмматизмы), остановка или регресс (появление речи довербального фонематического уровня) речевого развития без какой–либо компенсации за счет использования жестов [4];
- неправильное употребление местоимений и глагольных форм (речевые нарушения в связи с несформированностью самосознания);
- кататоническая природа коммуникативных нарушений (мутизм, скандирование, растянутое или ускоренное произношение, эхолалии, эгоцентрическая речь, вербигерации, затухающая речь);
- патология ассоциативного процесса (нарушения смысловой стороны речи в виде незавершенных, непоследовательных ассоциаций, контаминаций и др.);
- использование обычных слов в необычном значении (идиосинкразическое использование слов), а также неологизмов;
- неспособность начать и поддержать диалог, нарушения невербальной коммуникации (жестикуляции, мимической экспрессии) в процессе взаимодействия [4].

Таким образом, коммуникативные нарушения у детей с РАС вариативны и имеют различный патогенез (механизм возникновения). Это затрудняет проведение количественной оценки эффективности методов работы ввиду неоднородной выборки состава детей.

Поэтому, в рамках нашей публикации, мы представим описание и качественную оценку базовых методологических подходов, лежащих в основе технологий по развитию коммуникации детей с РАС в США и России, ведь именно эти страны различаются методом исследования коммуникации и методом ее формирования.

Американская научно-исследовательская школа широко представлена стратегиями и методами поведенческого направления. В качестве одного из основных бихевиоральных методов следует отметить прикладной анализ поведения (ПАП): отрасль научного знания, основанного на принципах и стратегиях обучения Б.Ф. Скиннера – американского психолога, известного своей теорией оперантного обусловливания поведения. Теория и практика ПАП направлена на усовершенствование поведения индивидуума и его адаптации к условиям социальной среды [28;35].

ПАП – наиболее обоснованный и надежный метод в рамках бихевиорального направления, широко используемый для диагностики, обучения и терапии детей с нарушениями аутистического спектра [24;29]. Его эффективность связана с применением функционального подхода при анализе поведения индивидуума: любое поведение человека анализируется с точки зрения причин его возникновения и выявления функций, поддерживающих данное поведение. Затем, с помощью специально подобранной системы стимулов-подкрепителей, закрепляются положительные формы поведения и, соответственно, ослабляются негативные проявления поведения [30;35]. В рамках обучения детей с РАС использование методов и техник прикладного анализа поведения ориентировано на замещение негативных (асоциальных) форм поведения у детей с аутистическими нарушениями на позитивные (социально приемлемые) формы [25;33]. Техники ПАП широко используются и при анализе коммуникативного поведения ребенка. В последние десятилетия среди бихевиоральных подходов в самостоятельную отрасль науки и практики выделился метод анализа вербального поведения.

Впервые термин «вербальное поведение» был введен и описан Б.Ф. Скиннером в его работе «Вербальное поведение» [35].

Современные исследователи определяют «вербальное поведение» как любые виды коммуникаций, направленных на слушателя и включающих в себя как вербальные (речь), так и невербальные средства коммуникации (знаки, символы, жесты, обмен картинками, письмо, печатание и т. д.). К данному типу поведения они относят также голосовые реакции (плач, крик) ребенка и проблемное поведение, направленное на получение желаемых предметов, привлечение внимания или избегание нежелательных видов деятельности [26;28;29;36].

Метод анализа вербального поведения в наибольшей степени концентрирует свои усилия на разработке и применении диагностического инструментария и техник, направленных на развитие у ребенка с аутизмом способности к освоению функциональной речи и коммуникативных навыков [26; 29; 35].

Дети с РАС часто демонстрируют негативное поведение, так как не владеют социально приемлемыми формами коммуникации и речи [26]. Язык и речь рассматриваются как особый тип поведения, которое можно формировать в процессе позитивных подкреплений. При этом следует обращать внимание не только на то, что говорит ребенок, но и на то, почему он это говорит [26; 30; 36].

По мнению исследователей и практиков в сфере анализа вербального поведения, существует несколько основных функций того или иного проблемного поведения ребенка с нарушениями аутистического спектра:

- получение желаемой игрушки (предмета) или желание заняться любимым видом деятельности;
- привлечение к себе внимания;
- стремление избежать выполнения определенной задачи (требования);
- сенсорная стимуляция [26; 34; 35].

Поэтому обучение речевым и коммуникационным навыкам ребенка с аутизмом будет отличаться от обучения обычного ребенка, а использование традиционных методов в обучении детей с РАС часто не приносит желаемого результата [36]. Более того, «...чем раньше у детей будет проведена диагностика нарушений аутистического спектра и будут разработаны для них эффективные терапевтические и обучающие программы, тем больше шансов, что такие дети смогут лучше обучаться и в будущем быть более адаптированными к жизни в социуме» [31, с. 5–24].

Практика многолетнего использования ПАП и метода анализа вербального поведения для обучения детей с аутизмом вербальным и невербальным средствам коммуникации в США продемонстрировала эффективность этого метода [24; 29; 32; 36].

Функциональная диагностика поведенческих трудностей детей с РАС, использование стимулов-подкрепителей, в основном позитивных, для формирования речевых и коммуникативных умений, как правило, помогает детям с РАС более успешно включаться в окружающую их социальную среду, преодолевать коммуникативные барьеры и при этом чувствовать себя счастливыми [15].

Традиции российской науки базируются на положениях культурно-исторической теории [9; 10; 11; 12; 23] и рефлексивно-деятельностного подхода [14; 16]; они ориентируют нас на использование сочетания экспериментально-генетического и экспериментально-патологического методов [7] в работе с детьми в условиях специально организованного «посреднического действия» [2].

Фундаментальной в рамках данного направления является проблема отношения между ребенком с РАС и «посредником», т. е. специалистом или иным носителем культурно-исторического опыта. С точки зрения этих идей, становится возможным организовать ситуацию содействия ребенка взрослому, уже не только за счет внешнего подкрепления действий ребенка. Формирующийся навык осознания своих действий, в ситуации специально организованного посреднического дей-

ствия, где действие взрослого противопоставлено действию ребенка и крайне выразительно по отношению к нему [23], в сочетании с отношением к ошибке ребенка как к ресурсу для формирования у него верных представлений [14], в отличие от безошибочного обучения, превращает ребенка с РАС в активного участника образовательного процесса и самосозидателя, влияет на становление самоконтроля за своими действиями и саморегуляцию поведения.

Создание условий для поэтапного формирования понятий, а именно, развитие адекватного понимания у ребенка с РАС обращенной к нему речи, в совокупности с вышеизложенным, формирует уже совершенно иное сознание у ребенка с РАС, иную модель психического.

Таким образом, специфика личности, в нашем случае формирующейся личности ребенка с РАС, во многом определяется тем, как будут выстраиваться отношения между ее внутренней уникальностью и ее вовлеченностью в различные социальные контексты, например, в обучение, в «формирующий эксперимент» [7], и как ребенок будет понимать обращенную к нему речь.

Еще одной задачей специалиста–посредника является создание условий для проявления речевой функции у ребенка как более универсальной формы коммуникации не только через исследование внешних проявлений, но и через перестройку способа реализации нарушенной функции. Для этого специалист должен вести работу, не только онтогенетически ориентированную, но и патогенетически обоснованную: требуется анализ структуры дефекта, о котором Л.С. Выготский писал в 1927 г. [11, с. 94], отличая структуру от строения. Для решения этой задачи посредник должен обладать целым арсеналом междисциплинарных знаний. Особого внимания требуют знание теории системной динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурия, изучение метода замещающего онтогенеза [22], получение логопедических знаний. Развитие более универсальной формы коммуникации – устной речи – у неговорящих детей с РАС возможно за счет перестройки спосо-

ба реализации нарушенной функции и склонности детей с аутизмом к гиперлексии [1].

Использование «обходного пути» в становлении коммуникации связано с изначальным формированием письменной речи в обход устной. В этом случае ведущей становится опора не на звучание речи, а на письменный образ слова, т. е. в качестве ведущих выступают уже внешние опоры, которые в процессе онтогенеза развиваются позднее устной речи. Только после того, как у ребенка будут сформированы акустический образ звука и соотнесенность его с буквой, а также будет сформирована глобально заученная звуковая последовательность/звуковая структура понятия, соотнесенная с ситуацией, можно фиксировать внимание ребенка на устной речи и передать ей роль внешней опоры [1].

Важно также акцентировать внимание посредника и на выборе коммуникативных средств, который должен осуществляться в процессе работы с ребенком, в процессе «формирующего эксперимента». Процессуальность в работе по развитию коммуникации у ребенка с РАС предполагает последовательное появление новых коммуникативных форм и их видоизменение (фотография, письменный знак, устная речь) [1].

Таким образом, развитие коммуникации у детей с РАС в традициях российской науки – это:

- формирование (само)сознания у ребенка с РАС, его субъектной позиции [21], рефлексивного отношения к своим действиям [14], в том числе и коммуникативным, что предупреждает возникновение специфических ошибок, например, в виде неправильного употребления местоимений и глагольных форм в ситуации особо организованного «совокупного», «посреднического действия» [23];

- формирование адекватного номинативного процесса и создание специальных образовательных условий для последовательного формирования понятий с учетом патологии ассоциативного процесса (синкретичности мышления) у детей с РАС [10];

– развитие техники коммуникации через перестройку способа реализации нарушенной функции посредством «обходного пути» [17; 22] с использованием различных коммуникативных средств с ориентиром на развитие более универсальной коммуникации – устной речи.

Отметим, что различия в методологии, лежащей в основе американской и российской научно-исследовательских школ, заключаются в следующем.

Американская научная школа более ориентирована на функциональный подход и рассматривает речь в контексте категории поведения, определяя ее как один из видов поведения – «вербальное поведение», которое включает в себя как вербальные, так и невербальные средства коммуникации [29; 33].

Задача поведенческих аналитиков – формирование у детей с аутизмом способности к освоению функциональной речи, их обучение адекватным способам общения, а также развитие у них способности к использованию вербальных и невербальных средств коммуникации в процессе позитивных подкреплений [24; 28; 34].

Российская научная школа базируется на теории культурно-исторической психологии [9–12; 14; 16; 17; 22; 23; 25], и предполагает формирование коммуникации у ребенка с РАС в условиях развития его субъектной позиции, т. е. рефлексивного отношения к своим действиям, за счет его включения в систему специально организованного «совокупного», «посреднического действия» [2; 23]. Особое внимание в этой работе уделяется правильному формированию понятий у таких детей с учетом синкретичности их мышления, а также формированию более универсальной формы коммуникации – устной речи у детей с отсутствием речевой коммуникации за счет перестройки способа реализации нарушенной функции [1; 17; 22].

Обобщая, можно сказать, что каждая из представленных научных школ по-разному решает практические задачи, обеспечивающие развитие коммуникации у детей с РАС. Это отражается в том, как организованы взаимные действия взрослого и ребенка, как формируется понимание

ребенком с РАС речи окружения и осознание включаемых коммуникативных средств, как осуществляется выбор коммуникативного средства для ребенка. При этом, научно-исследовательские школы США и России, имеют и точки соприкосновения: применение теории И.П. Павлова в исследованиях Б.Ф. Скиннера по модификации поведения [5] и использование российскими специалистами зарубежных технологий в работе с детьми с РАС.

В заключение важно отметить следующее:

– обе школы нацелены на решение общей для двух культур задачи – поиск эффективных условий в развитии коммуникации детей с РАС;

– аутизм – международный феномен, не имеющий географических и культурных границ;

– к настоящему времени проблемы детей с РАС в ряде случаев так и остаются нерешенными.

Литература

1. Алехина С.В., Солдатенкова Е.Н. Технология развития коммуникации детей с РАС как составляющая инклюзивной практики / С.В. Алехина, Е.Н. Солдатенкова // Материалы III Международной научно-практической конференции «Инклюзивное образование: результаты, опыт, перспективы» (24–26 июня 2015 г.) / Под ред. С.В. Алехиной. М.: МГППУ, 2015 С. 470–478.

2. Архипов Б.А. Язык антропотехнического (посреднического) действия / Б.А. Архипов, Б.Д. Эльконин // Ежегодник «Антропопрактика». – 2011. – Т. 3. – С. 5–16.

3. Аутизм в детстве. Лечение и реабилитация. – URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/2/chapter/35> (дата обращения: 08.08.2016).

4. Башина В.М. К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом / В.М. Башина, Н.В. Симашкова // Альманах «Исцеление»: для врачей, педагогов и родителей детей с неврологической инвалидностью. – 1993. – С. 161–165.

5. Беррес Фридерик Скиннер. – URL: <http://aboutyourself.ru/osnovypsixologii/biography/berres-frederik-skinner.html> (дата обращения: 08.08.2016).
6. Богдашина О.Б. Communication in Autism: Do we speak the same language? (лекция для студентов, специалистов, родителей детей с аутизмом) / О.Б. Богдашина // Сибирский вестник специального образования. – 2012. – № 2(6).
7. Введение в психологию / Под ред. А.В. Петровского. М.: Издательский центр «Академия», 1996. – 496 с.
8. Вересов Н.Н. Экспериментально-генетический метод и психология сознания: в поисках утраченного (статья вторая) / Н.Н. Вересов // Культурно-историческая психология. – 2015. – Т. 11 – № 1 – С. 117–126.
9. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса / Л.С. Выготский. – М.: Смысл; Эксмо–Пресс, 2003. – С. 41–190.
10. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 2. / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1982. – 504 с.
11. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 3. / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1983. – 369 с.
12. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 5. / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1982. – 369 с.
13. Гилберт К. Аутизм: медицинское и педагогическое воздействие / К. Гилберт, Т. Питерс. – М.: Владос, 2002. – 144 с.
14. Зарецкий В.К. Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи / В.К. Зарецкий // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – № 2. – С. 8–37.
15. Карпекова Т.А. Поведенческие стратегии и методы в обучении детей и подростков с нарушениями аутистического спектра / Т.А. Карпекова, С.А. Хазей-Эстербрук, Р.Л. Эстербрук // Философско-педагогические проблемы непрерывного образования: сб. научных статей. – Могилев: МГУ имени А.А. Кулешова. – 2015. – С. 151–155.

16. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев – М.: Издательство академии педагогических наук РСФСР, 1959. – 496 с.
17. Лурия А.Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. 2-е изд. / А.Р. Лурия. – М.: Из-во МГУ, 1969. – 431 с.
18. Маланов С.В. Развитие умений и способностей у детей дошкольного возраста. Теоретические и методические материалы / С.В. Маланов. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2001. – 160 с.
19. Медведев А.М., Жуланова И.В. Прототипы субъектного действия / А.М. Медведев, И.В. Жуланова // Культурно-историческая психология. – 2010. – № 1. – С. 18–26.
20. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. / М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
21. Петровский В.А. Субъектность: новая парадигма в образовании / В.А. Петровский // Психологическая наука и образование. – 1996. – № 3. – С. 100–109.
22. Семенович А.В. Методологические аспекты нейропсихологической диагностики отклоняющегося развития / А.В. Семенович, Б.А. Архипов // Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара «Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития» (Москва, 25–27 ноября 1998). – М.: МГПУ, 1998. – С. 92–115.
23. Эльконин Б.Д. Д.Б. Эльконин: знаковое опосредствование и совокупное действие / Б.Д. Эльконин, Л.С. Выготский // Вопросы психологии. – 1996. – № 5 – С. 57–63.

24. Эстербрук С. Эффективные методы диагностики, обучения и психотерапии детей с аутистическими нарушениями / С. Эстербрук, Р. Эстербрук // Развитие личности. – 2013. – № 3 – С. 152–163.
25. Alekhina S. Soldatenkova E.. The development of communication as a condition for inclusion of children with autism in education // 9th International Technology, Education and Development Conference March 2nd–4th, 2015 Madrid, Spain. URL: http://www.inclusiveedu.ru/content/File/alehina/raboty/publikaciya_alehina_s_soldatenkova_e.pdf (дата обращения: 15.06.2016).
26. Barbera M.L. The Verbal Behavior Approach. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2007. 199 p.
27. Bondy A. Frost L. Educational Approaches in preschool: Behavior techniques in a public school setting. In E. Schopler & G. Mesibov (Eds.), Learning and Cognition in autism. New York: Plenum, 1995 P. 311–333.
28. Carbone V. Selected Topics in Applied Behavior Analysis and The Analysis of Verbal Behavior. Florida, Gainesville: Behavior Analysis Support Services, Inc, 2014 637 p.
29. Carr J.E., Firth A.M. The Verbal Behavior approach to early and intensive behavioral intervention for autism: A Call for Additional Empirical Support // Journal of Early and Intensive Behavioral Intervention. 2005 № 2 (1). P. 18–26.
30. Cooper J.O., Heron T.E., Heward W.L. Applied Behavior Analysis (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2007 708 p.
31. Drash P.W., Tudor R.M. An Analysis of Autism as a Contingency-shaped Disorder of Verbal Behavior // The Analysis of Verbal Behavior. 2004 № 20 P. 5–24.
32. Frea W.D., Vittimberga G.L. Behavioral Interventions for Children with Autism // J. Austin, J.E. Carr (Eds.), Handbook of Applied Behavior Analysis. Reno, Nevada: Context Press, 2000 P. 247–273.
33. Johnston J.M., Pennypacker H.S. Strategies and tactics for human behavioral research (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1993 P. 23–29.

34. Lovaas O.I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987 № 55 P. 3–9.
35. Skinner B.F. Verbal Behavior. New-York; Appleton: Appleton-Century, 1957 470 p.
36. Sundberg M.L., Partington J.W. Teaching language to children with autism or other developmental disabilities. Pleasant Hill, CA: Behavior Analysts, Inc, 1998 246p.
37. World Health Organization. (International classification of functioning, disability, and health. Geneva, Switzerland: Author, 2001 P.6–21.

Marks L. Playing to Learn: an overview of the Montessori Approach with pre-school children with Autism Spectrum Condition / L. Marks // Support for learning. – 2016. – № 31 (4). – P.313–328.

Abstract. This article explores some of the literature concerning the effectiveness of the Montessori educational approach for children with ASC within an English school context. Firstly, there is a discussion, including a short historical review, regarding the ideology of inclusion and how it has impacted upon mainstream education. Also, how this can be facilitated using play-based approaches such as Montessori. Secondly, various models of disability are identified in order to highlight how they have informed societal attitudes towards people with disabilities. There is a brief history of ASC detailing how a child with this disability may be affected on a daily basis and the effectiveness of alternative play-based educational approaches such as Montessori in helping children with ASC to develop the appropriate skills they need in order to self-regulate and thus modify their behaviour. Furthermore, the value of play-based curriculums in supporting a child diagnosed with ASC throughout the learning process is also evaluated. The summary highlights the need for more evidence-based studies to be undertaken in order to assess whether the Montessori approach is a valid alternative in teaching pre-school children with ASC.

Historical overview of Special Educational Needs

In England the history of formal provision for children in schools who experience what are now referred to as Special Educational Needs (SEN) can be traced back to 1844 with the passing of an act of parliament. This established ‘school districts’ (the precursors of what were to become known as ‘local education authorities’). This contributed towards removing the almost complete control of the landed class (landowners, farmers, merchants and so on) over formal educational provision in the country. During this period it should be noted that ‘schooling’ was typically viewed as a means of social control (Morris, 1983), aimed at producing well-behaved, biddable and productive members of society.

Such attitudes, based on the notion that certain groups within the population presented a threat to stability and social order, were not only directed towards the poorest children within society. Children with ‘learning or social difficulties’ were also viewed by many as needing to be controlled securely, and more often than not, isolated from others. Such attitudes prevailed until a series of reports were published in the mid-19th century, examining the perceived academic abilities of this group of children (Heward & Lloyd-Smith, 1990). Two of the most influential reports were the Newcastle Commission (1861) (Hodkinson, 2016) and the Egerton Commission (1899) (Copeland, 1995; Mills Daniel, 1997). These bodies heralded the beginnings of an acknowledgement that formal education policy needed to respond to differences amongst learners.

About fifty years later, the Butler Act (National Archives, 1944) created a structure for the post-World War II education system in England. Amongst other things it established ten categories of so-called “handicap”: blind, partially sighted, deaf, partially hearing, delicate, physically handicapped, epileptic, maladjusted, children with speech defects and educationally subnormal (moderate). Subsequently these groups were significantly profiled within the Education (Handicapped Children) Act 1970. The Warnock Report, arguably the defining piece of SEN legislation in England during the 20th century, was published in 1978. This was the cornerstone of subsequent legislation (the

1981 Education Act), which advocated that children with disabilities should be educated alongside (or ‘integrated with’) their nondisabled peers in mainstream settings.

The Report made reference to three types of integration: locational, social and functional. Functional integration was seen as the most important, yet challenging, form of integration, as it was closer to what came to be known as ‘inclusive education’ (Britton, 1978). Whilst it allowed children with SEN to undertake activities alongside their non-disabled peers, it also involved a great deal of planning by teachers and other educational professionals – thus heralding major tensions regarding work-loads and resourcing amongst professional educators, which were to be a feature of late 20th century school arrangements in England. Nevertheless, inclusive approaches to schooling became an increasingly important policy dimension in providing a suitable education for these children (Rose, 2002). This subsequently had a direct impact upon the Education Acts of 1988 and 1993. After the latter legislation, schools were required to implement an ‘SEN Code of Practice’. As a result, a single member of staff was to be appointed to ensure the smooth transition of children with learning difficulties and disabilities through their educational career – the ‘special educational needs coordinator (SENCo).

These policy shifts meant that children with a ‘statement of special needs’ (a process established following the 1981 legislation and which provided a formal, inter-disciplinary assessment, resulting in a legally-binding set of arrangements for the child) were not only entitled to specialist provision; they also had a right to be included in mainstream schools (although with the proviso that such actions were not regarded as detrimental to the learning of others (Warnock & Norwich, 2010). However, despite the admirable aims of the 1978 Warnock Report, there remained an on-going debate regarding the benefits of inclusion and the mechanisms that informed it (Feiler & Gibson, 1999). In 2005, for instance, Baroness Warnock’s personal views on the educational inclusion of children with SEN and disabilities changed considerably, describing the introduction of statements of special need as ‘disastrous’ and ‘the greatest obstacle to good provision’ (Shaw, 2003).

A further consequence of the policy shift towards a comprehensively applied approach to inclusive education has been the consistent call for the closure of special schools in many parts of England. As a direct result, children with SEN were transferred to often highly competitive mainstream environments, where they were ‘measured’ largely by the same assessment procedures that were devised for their non-disabled peers. They were often seen as negatively impacting on a school’s performance in so-called ‘league tables’, which have been used to compare the performance of schools since the early 1990s (Goldstein & Spielgelhalter, 1996; Goldstein & Thomas, 1996). The approach was also highly resource-intensive, requiring large teams of support staff (Tomlinson, 2012) at a time when education financing was under close audit. Despite Warnock’s change of opinion (Shaw, 2005), recent government policy in England has brought a number of policy changes which have had a direct impact upon the way in which children with SEN are taught within mainstream schools.

The Equality Act (2010) led to the publication of a new SEN Code of Practice (2014) which superseded its predecessor from 2001. From a positive perspective, the ‘new’ Code extended the age range of children and young people covered by its guidance from 0–18 to 0–25, thus promoting increased communication and collaboration between education, health and social care services. However, on the negative side, prior to 2014, children with SEN attending a mainstream school were funded by the Dedicated Schools Grant (DSG). Following the introduction of the new SEN reforms, the amount of money that schools were able to access via this funding stream was significantly reduced (Gray et al, 2012), with a consequent threat to the resources available to meet the educational needs of those with SENs.

In 2011 a newly established Coalition government in England sought to take action regarding what they perceived to be an out-dated form of assessment. The ‘statements’ of SEN and Learning Disability Assessments (LDA) were replaced by Education, Health and Care Plans (EHCPs) (Department for Education, 2011). While still maintaining a strong focus on educational attainment, the new document placed a greater emphasis on what, for many

young people, is the difficult transition period between adolescence and adulthood.

Societal Attitudes to Disability

Societal attitudes towards disability have changed over recent decades. Evidence suggests that the models of disability have significantly influenced attitudes towards those with disability (Barton, 1986; Rieser, 2004; Cameron, 2014; Hodkinson, 2016). Historically the most deeply rooted (although now out-dated) model is the so-called 'medical' model of disability. This views disability as a psychological impairment or disease needing medical treatment of some kind. It also focuses on individual pathology and attempts to find ways of preventing, curing, and caring for those with disabilities (Llewellyn & Hogan, 2000). A long-standing criticism of this model is that it does not incorporate any assessment of the potential for improvement (Marks, 1997). The terminology it utilised, which derived from that adopted by the medical profession, is now regarded as offensive and derogatory, because it implied that disabled people were weak, pathetic and in need of sympathy.

Societal attitudes towards disability have obviously changed considerably. The 'social model' has superseded the medical orientation to disability as a means of interpreting policy and provision for those with SENs. In direct contrast to its predecessor, the social model has been effective in promoting the social mobility of individuals with disabilities (Palmer & Harley, 2012; Oliver, 2013; Jones & Wass, 2013), as well as successfully improving their self-esteem, which in turn allows them to build a collective sense of identity (Shakespeare, 2010; Dunn & Burcaw, 2013).

As with the medical model, however, there are shortcomings to a social approach. It neglects consideration of the impact that impairment can have on the daily lives of those with disabilities. It also assumes that disabled people are oppressed, and is sometimes viewed as highlighting the crude distinction between impairment, disability, and the concept of a utopian barrier-free society. Writers such as Oliver (cited in Allan, 2012) have also expressed their disappointment that the social model of disability has been ineffective in changing the material circumstances, or promoting the inclusion of people

with disabilities. He observed that ‘the social model was developed to counteract the formidable tragedy discourse that surrounds individuals with disabilities and therefore depicts disability as deficit, a tragedy, abnormal and something to be avoided at all costs’ (p.77)

Both the medical and social models of disability are frequently discussed within the disability studies literature (Anastasiou & Kauffman, 2013; Barnes & Mercer, 2014). A more recent ‘model’, expressed in terms of ‘capability’, has been the focus of attention. This model was originally formulated to assess people’s wellbeing and quality of life (Toboso, 2011) and to provide further insight into how disability is viewed by society. It maintains that impairment and disability are aspects of human diversity, thus shifting the focus away from the specificities of a disabling situation and examining how to establish equality in terms of possibilities and choices (Bakhishi & Trani, 2006). From the foregoing it is thus apparent that, over many years, several models of disability have been proposed to inform or explain the attitudes people have towards disability in England. However, despite a shift in attitudes towards a more positive regard shown to people with disabilities, stigmatisation and labelling still exist. Recent studies report that over a third of people (36%) tend to think of disabled persons as not being as productive as others, and a quarter of disabled people (25%) are reported to have experienced attitudes in which people expected less of them as a direct result of their disability (Aiden & McCarthy, 2014). Moreover, people who are diagnosed with mental health difficulties are also highly likely to encounter negative attitudes (Wright et al, 2011).

Stigmatisation and labelling are closely linked. The relatives of people with disabilities sometimes view labels positively. They are said to assist both parents and educational professionals to cope with and understand their child’s condition, as well as to be able to recognise their strengths and weaknesses (Ho, 2004). Another view is that a label can also go some way towards absolving the guilt that a parent experiences when they have a child with a disability. From an educational point of view, a label derived from assessment is often

necessary for a child or young person with a disability to receive the support they need when striving to achieve their full potential (Broomhead, 2013).

But although labels may be viewed as necessary for support purposes within education, they can also have an adverse effect. At the current time, there appears to be a ‘one size fits all’ approach within the education system, prompting some teachers and support staff to develop a negative attitude towards children with disabilities (Webster et al., 2010; Boyle et al., 2013; Varcoe & Boyle, 2014). Such attitudes seem to develop through concerns that children with disabilities will have a detrimental effect, not only on the learning of other children, but also on the teacher’s own performance as an educator. In turn this can have a negative impact on the way that the overall performance of the school is determined and subsequently made public in ‘league tables’ (Burgess et al., 2014). Furthermore, it is suggested that the negative attitudes of non-disabled peers towards their class-mates who have a disability make it difficult for children with disabilities to form meaningful friendships and relationships (Glazzard, 2011).

Autism Spectrum Disorder

The term ‘Autism Spectrum Disorder’ (ASD) was first used in its modern sense in 1943 by Kanner (cited in Wing & Gould, 1979) after he observed the traits professionals associate with ASD in eleven children who were referred to his clinic in Baltimore (Silberman, 2015; Donovan & Zucker, 2016). However, within Britain it was not until 1960 that the term autism was first mentioned in parliament after the passing of the Mental Health Act in 1959.

Although there is now considerable knowledge regarding the aetiology of autism, there is still uncertainty as to its causes. Prior to Kanner’s use of the term, early clinical practitioners such as Itard and Bleuler had detailed some of the characteristic behaviours they associated with ‘autism’. Itard, for example, became involved with ‘Victor’, a child characterised as *l’enfant sauvage* or the ‘Wild Boy of Aveyron’; Itard realised that the Victor was inclined to become fixated on particular objects, and had difficulty expressing himself verbally and interacting with others (Itard, 1962).

The symptom profile is now more commonly known as the ‘triad of impairments’ (Wolff, 2004). The way in which autism is diagnosed has obviously changed in recent years in most countries. When diagnosing ASC, clinical professionals in both the United Kingdom (UK) and the United States of America (USA) will refer to the symptom profile currently provided in the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) V. Children and adults with this condition certainly display the deficits described within the ‘triad of impairments’; these symptoms however, will affect each child differently. Following the introduction of DSM V, it has now become more difficult for parents within the UK and USA who suspect that their child has this disability, to obtain a clinical diagnosis because the symptom profile has been narrowed considerably. This has meant that it has also become more difficult for parents in both countries to access the support their child may need when trying to achieve their full potential (Kreck, 2014; Lai et al., 2013). Whilst parents of these children may encounter barriers when trying to access the mainstream system the Montessori approach aims to facilitate the successful integration and inclusion of children with ASC by encouraging the exploration of their natural abilities to achieve their full potential (Robinson, 2010)

The Importance of Play, the Montessori ethos and Autism Spectrum Disorder

If a child with ASC attends an educational setting the teaching methods need to be adapted to ensure that the child’s needs are met. If parents choose to send their disabled child to a mainstream state-funded nursery, they may be putting their child at an immediate disadvantage, especially if they have been diagnosed with ASC. This is because the child is unlikely to reach the same educational level as their non-disabled peers. This could be due to several factors including the severity of the child’s condition and/or lack of appropriate training for staff within the setting. This is an important consideration, given that the majority of ASC sufferers are diagnosed with ASC between the ages of three to five (Siegal et al., 1988), although more recent studies have shown that parents tend to notice symptoms as early as 18 months (Tuchman, 2009).

In England, prior to a child’s formal education, children under the age of four attend a nursery setting where they acquire basic skills in physical, social

and emotional development (Summerbell et al., 2012; Dowling, 2014; Harrington & Brussoni, 2015). Awareness of the importance of play in early childhood can be traced back to Plato. Hanawalt (1995) believed that adults took responsibility for their children even though there was no church or civil law that expected them to do so. It was also around this time that the community started to play a more significant role in terms of *in loco parentis* when the child was older.

Philosophers such as Plato, Dewey, Rousseau and Locke wrote extensively about the importance of play in childhood and education (Madhawa Nair et al., 2014). They believed that education should begin early, due to the importance of initial impressions. However, whilst Plato believed that play is important in the early years, he also believed that the type of play young children engaged in should be done freely, and have structure and purpose (Livescu, 2003).

In the 21st century, there has been a conscious move away from the historical attitudes and theories of play with the re-emergence of two further narratives: liberal romanticism and psychological cognitive development (Manning, 2005). Whilst it is said that these two narratives do not reflect historical attitudes towards play, it may appear to those outside the early education field that this is not the case (Rogers & Lapping, 2012). Liberal romanticism seems to reflect the medieval views of childhood in that, to this day, play is still associated with innocence as well as being natural and innate. However, there were also those who believed that play was not valuable or indeed a topic for serious debate (Smith, 2012).

Many philosophers during the 18th century wrote about the importance of play throughout childhood, the most prominent being Rousseau (cited in Cohen, 2006). He believed that children should be able to roam freely through natural environments in order to broaden their imagination. This would then inspire their love for freedom and encourage them to undertake some form of physical exercise to explore the limitations of their body. Whilst Rousseau (cited in Cohen, 2006) sees the benefits of early years education, like his liber-

al romantic counterparts, he believed that engaging in a formal education system at such a young age potentially took away a child's innocence.

At the present time, authors such as Ginsburg (2007) and Wood (2010) believe that play is of central importance to a child's overall development. Furthermore, Wood (2010) believes that play is an essential part of the curriculum in Early Years settings particularly as it facilitates the development of children's personalities. Furthermore, it also ameliorates social and emotional development through the acquisition of the skills needed within group work and one-to-one interaction with their peers. These traits include humour, teasing, jokes, mimicry, riddles and rhymes, singing and chanting. It is also crucial that children learn to deal with disagreements, to cooperate with others, and to understand competition (Tannock, 2008).

In Early Years settings the planning of daily activities should be based on the Early Years Foundation Stage (EYFS) (Department for Education, 2014). However, the actual teaching practices that are employed by early years professionals should primarily be based on a mixture of direct instruction and Plato's philosophy of free play (Wood, 2014). Despite the fact that free play is very much part of the EYFS, in recent years international studies have shown that children between the ages of 0–4 years now spend an increasing amount of time undertaking academic tests (Nicolopoulou, 2010). Many children within this age bracket struggle to achieve what is expected of them, as the tests are developmentally inappropriate. As a consequence, early years professionals have undermined the primary tool utilised by all young children to combat stress, that of freely-chosen, child centred, intrinsically motivated play.

There are other educational approaches which are more focused on the importance of play, and how they can enhance the learning opportunities of all children including those with disabilities such as ASC. One such method is that of Maria Montessori (cited in O'Donnell, 2007), who advocates a staged approach to learning. Children with ASC need to be encouraged to play, shown how to play and how to expand their play routines which allows them to progress with their overall development (Wall, 2010). On completing her

medical degree, Montessori continued her training at a child psychiatric unit where many of the children had been diagnosed with a variety of learning disabilities. Unlike her more experienced colleagues, after observing these children over a period of time, Montessori realised that they also had the capacity to learn. Montessori (cited in O'Donnell, 2007) began to make her own learning resources for the children to use whilst at the unit. The resources that she designed were so successful, she believed that the children could achieve the same, if not better results, than their non-disabled counterparts (Montessori, 1967a) as the resources Montessori designed were developmentally appropriate for each "period of growth" (Montessori, 2009: pp. 16–17).

As she predicted, the children performed as well, if not better, than their nondisabled peers. As a result, Montessori (cited in O'Donnell, 2013) decided to set up her own preschool where the teaching methods were underpinned by the evidence she had gathered during her experiments. She opened the first Casa di Bambini (Children's House) in 1907 within the slums of Rome. From her initial research, Montessori (cited in O'Donnell, 2013) also realised that like their nondisabled counterparts, children with disabilities were capable of independence. As well as designing and making her own teaching resources, she also constructed the whole classroom environment in such a way that children could realise this independence. This involved furniture that was the right size and weight so that the children could change their environment as they wished. Montessori (cited in O'Donnell, 2013) also designed the more static classroom equipment such as shelving and pegs to hang coats on to further encourage independence (Montessori, 1967b).

Research on Montessori and ASC within the UK is limited. One of the few researchers to examine how the Montessori educational ethos is a more effective way of learning for children with ASC, and more generally with SEN, is Wendy Fidler (2006). In one article, Fidler (2006) explains that autism is a condition that affects each child differently. One of the primary characteristics of all children with this condition is the need for routine. The Montessori educational approach provides this via the traditional teaching and learning

methods, specifically the activities the children engage in on a daily basis. Whilst the Montessori teaching and learning methods are beneficial to children with ASC, staff who utilise such methods need to be aware that some of the materials recommended for use by Montessori practitioners, may not be suitable for use with children with this condition. Therefore it may be more appropriate to source a range of alternatives e.g. silk as opposed to nylon, as many children with ASC have hypersensitive skin and therefore cannot tolerate certain materials against their skin. In terms of the development of language, the materials that are used by Montessori practitioners are ideal for use with children diagnosed with ASC. The practitioner can write an instruction on a command card, read the instruction to the child, and then demonstrate the correct way to complete the task (Fidler, 2004).

In so doing, young children with ASC can learn the nuances of social interaction by observing non-disabled peers who use appropriate actions to demonstrate and express what they understand by the words on the cards. Another advantage of Montessori education for children with ASC, is that all settings have rules which children and staff must adhere to, thus creating the structure and routines that complement children with ASC (Marshall, 2001; Fidler, 2006).

Concluding Comments

The intention of this article has been to examine whether or not the Montessori educational approach could be more appropriate than the National Curriculum (NC) in helping children with ASC, who are following the Early Years Foundation Stage, to learn. Whilst the evidence cited in this article is relatively outdated, it nevertheless suggests that the Montessori educational ethos is a suitable alternative. Indeed, numerous studies have examined the effectiveness of the Montessori approach in supporting children with ASC. The majority of these, however, are international, and therefore not generalisable to the UK. In conclusion, it is clear that further research is needed in order to investigate whether the Montessori educational ethos is a more appropriate educational ideology for children with ASC in the UK.

References

1. Aiden H. and Mccarthy A. (2014) Current Attitudes Towards Disabled People Scope: About Disability. [Online at: [http:// www.scope.org.uk/scope/media/images/ publication%20directory/current-attitudes-towards-disabled-people.pdf?ext5.pdf](http://www.scope.org.uk/scope/media/images/publication%20directory/current-attitudes-towards-disabled-people.pdf?ext5.pdf)]. Accessed 28/7/15.
2. Allan J. (2012) The sociology of disability and the struggle for inclusive education. In M. Arnot (ed.) *The Sociology of Disability and Inclusive Education: A Tribute to Len Barton* pp. 75–92 Abingdon: Routledge.
3. Anastasiou D and Kauffman J.M. (2013) The Social Model of Disability: Dichotomy between Impairment and Disability online, *Journal of Medicine and Philosophy* 38, 4, 441–459.
4. Bakhishi P. and Trani J.F. (2006) The Capability Approach to Understanding Disability: Increasing Comparability, Defining Efficient Programs. In: V. Reboud, *Capabilities and Public Policies* pp. 1–14. Paris: French Agency for Development.
5. Barnes C. and Mercer G. Disability: A choice of models online [Online at: [http:// repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/483/C.L. Barnes C Disability Choice Models 2003. pdf? sequence51](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/483/C.L._Barnes_C_Disability_Choice_Models_2003_.pdf?sequence51)]. Accessed 6/8/16.
6. Barton L. (1986) The Politics of Special Educational Needs Disability, *Handicap and Society* 1, 3, [Online at: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid5d44aa17a-a54f4c72-9793-f4f8ced14702%40sessionmgr120&vid53&hid5101>]. Accessed 3/8/16.
7. Boyle C., Topping K. and Jindal-Snape D. (2013) Teachers' attitudes towards inclusion in high schools online, *Teachers and Teaching: Theory and Practice* 19, 5, 527–542 [Online at: [http:// www. tandfonline. com/ doi/ pdf/ 10.1080/ 13540602. 2013. 827361](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13540602.2013.827361)]. Accessed 6/8/16.
8. Britton E. (1978) Warnock and integration Educational Research online 21, 1, 3 9. [Online at <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00131887802101011>]. Accessed 28/7/16.

9. Broomhead K. (2013) Blame, guilt and the need for 'labels'; insights from parents of children with special educational needs and educational practitioners *British Journal of Special Education* 40, 1, 14–21.
10. Burgess S., Greaves E., Vignoles A. and Wilson, D. (2014) What Parents Want: School Preferences and School Choice online, *The Economic Journal* 125, 587, 1262–1289 [Online at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/econj.12153/epdf>]. Accessed 6/8/16.
11. Cameron C. (2014) The Social Model. In C. Cameron (ed.) *Disability Studies: a student's guide* pp. 137–140 London: Sage.
12. Cohen D. (2006) *The Development of Play*. 3rd edn. Hove: Routledge.
13. Copeland I.C. (1995) The Establishment of Models of Education for Disabled Children online, *British Journal of Educational Studies* 43, 2, 179–200 [Online at: <http://www.jstor.org/stable/pdf/3121937.pdf>]. Accessed: 19th August 2016.
14. Department for education (2011) *Support and aspiration: A new approach to special educational needs and disability* London: HMSO. Online at: <https://www.gov.uk/government/publications/support-and-aspiration-a-new-approach-to-special-educational-needs-and-disabilityconsultation>. Accessed 21/7/15.
15. Department for education (2014) *Statutory framework for the early years foundation stage: Setting the standards for learning, development and care for children from birth to five* London: HMSO [Online at: <https://www.gov.uk/government/publications/early-years-foundationstage-framework-2>]. Accessed: 21/7/15.
16. Donovan J. and Zucker C. (2016) *In a Different Key: The Story of Autism*. London: Penguin Books.
17. Dowling M. (2014) *Young Children's Personal, Social and Emotional Development* 4th ed. London: Sage.
18. Dunn D.S. and Burcaw S. (2013) Disability identity: Exploring narrative accounts of disability online, *Rehabilitation Psychology* 58, 2, 148–

157 [Online at: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid53&sid5c8b8f957-fd70-4910-813a-4fff17f1b567%40sessionmgr120&hid5124>]. Accessed 5/8/16.

19. Education reform act 1988 (1988) Chapter 40, HMSO [Online at: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1988/40/introduction>]. Accessed 19/7/15.

20. Education act 1993 (1993) Chapter 35, HMSO [Online at: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1993/35/pdfs/ukpga19930035en.pdf>]. Accessed 19/7/15.

21. Equality act 2010 (2010) Chapter 15, HMSO 2010. Available at: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/pdfs/ukpga20100015en.pdf> Accessed 17/7/15.

22. Evans B. (2014) The Foundations of Autism: The Law Concerning Psychotic, Schizophrenic, and Autistic Children in 1950s and 1960s Britain online, *Bulletin of the History of Medicine* 88, 2, 253–285 [Online at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196690/pdf/bhm88-2253.pdf>]. Accessed 8/8/16.

23. Feiler A. and Gibson H. (1999) Threats to the inclusive movement online, *British Journal of Special Education* 26, 3, pp. 147–152 [Online at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8527.00127/epdf>]. Accessed 30/7/16.

24. Fidler W. (2006) Rules, Routines and Reasons: The 3Rs of Autism. *Montessori International Magazine* July-September 36–37.

25. Fidler W. (2004) The Autistic Spectrum. *Montessori International Magazine* April-June 24–28.

26. Ginsburg K.R. (2007) The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *Paediatrics* 182–191.

27. Glazzard J. (2011) Perceptions of the barriers to effective inclusion in one primary school: voices of teachers and teaching assistants *Support for Learning* 26, 2, 56–63.

28. Goldstein H and Spiegelhalter D.J. (1996) League Tables and Their Limitations: Statistical Issues in Comparisons of Institutional Performance online, *Journal of the Royal Statistical Society* 159, 3, 385–443 [Online at: <http://www.jstor.org/stable/pdf/2983325.pdf?51470130104340>]. Accessed 1/8/16.
29. Goldstein H. and Thomas S. (1996) Using Examination Results as Indicators of School and College Performance online, *Journal of the Royal Statistical Society* 159, 1, 149–163 [Online at: <http://www.jstor.org/stable/pdf/2983475.pdf?51470134600887>]. Accessed 1/8/16.
30. Gray P., Norwich B., Stobbs P. and Hodgson S. (2012) The Coalition Government's SEN Policy: aspirations and challenges online, Policy Paper Special Educational Needs (SEN) Policy Research Forum. [Online at: <http://www.sen-policyforum.org.uk/page.php?id5171>]. Accessed 16/5/15.
31. Heward C. and Lloyd-Smith M. (1990) Assessing the impact of legislation on special education policy – An historical analysis. *Journal of Education Policy* 5, 1, 21–36. HO, A. (2004) To be labelled, or not to be labelled: that is the question *British Journal of Learning Disabilities* 32, 2, 86–92.
32. Hodgkinson A. (2016) *Key Issues in Special Educational Needs & Inclusion* 2nd ed. London: Sage.
33. Itard J.M.G. (1962) *The Wild Boy of Aveyron* New York: Appleton Century Crofts.
34. Jones M. and Wass V. (2013) Understanding changing disability-related employment gaps in Britain 1998–2011 online, *Work, Employment and Society* 27, 6, 982–1003 [Online at: <http://wes.sagepub.com/content/27/6/982.full.pdf1html?hwoaspck5true>]. Accessed 6/8/16.
35. Kreck C. States Grapple with Autism's Rising Tide online, Education Commission of the States [Online at: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED560982.pdf>]. Accessed 8/8/16.
36. Lai M-C., Lombardo, M.V. Bismadev C. and Baron-Cohen S. (2013) Subgrouping the Autism “Spectrum”: Reflections on DSM-5 online,

PLOS Biology 11, 4, 1–7 [Online at: <http://journals.plos.org/plosbiology/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pbio.1001544>.PDF]. Accessed 8/8/16.

37. Livescu S. (2003) From Plato to Derrida and Theories of Play CLCWeb: Comparative Literature and Culture 5 (4).

38. Llewellyn A. and Hogan K. (2000) The Use and Abuse of Models of Disability. *Disability & Society* 15, 1, 157–165. Madhawa Nair S., Yusof N.M. and Arumugam L. (2014) The Effects of Using the Play Method to Enhance the Mastery of Vocabulary among Preschool Children online, *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 116, 21, 3976–3982 [Online at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814008933>]. Accessed 9/8/16.

39. Manning J.P. (2005) Rediscovering Froebel: A Call to Re-examine his Life & Gifts online, *Early Childhood Education Journal* 32, 6, 371–376 [Online at: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5c82e4f6c-e763-4eba-be44f17995d08479%40sessionmgr4009&vid=53&hid=54112>]. Accessed 19/8/16.

40. Marks D. (1997) Models of Disability *Disability and Rehabilitation* 19, 3, 85–91.

41. Marshall C. (2001) Autism and Montessori. *Montessori International Magazine*. October/December 16–17.

42. Mills Daniel D. (1997) The Ineducable Children of Leeds: the operation of the defective children and mental deficiency legislation in Leeds, 1900–29 online, *Journal of Educational Administration and History* 29, 2, 121–141. [Online at: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0022062970290203?needAccess=true>]. Accessed 15/8/16.

43. Montessori M. (1967a) *The Montessori Method* 2nd edn. Cambridge MA: Robert Bentley.

44. Montessori M. (1967b) *The Discovery of the Child*. New York: Ballantine Books.

45. Montessori M. (2009) *Absorbent Mind*. Slough: BN Publishing.

46. Morris R.J. (1983) Voluntary Societies and British Urban Elites, 1780–1850: An Analysis. *The Historical Journal* 26, 1, 95–118. National archives – butler act 1944 [Online at: [http:// www. nationalarchives. gov. uk/ cabinetpapers/ themes/ butler-act. htm](http://www.nationalarchives.gov.uk/cabinetpapers/themes/butler-act.htm)]. Accessed 19/8/16.
47. Nicolopoulou A. (2010) The Alarming Disappearance of Play from Early Childhood Education. *Human Development* 53, 1, 1–4.
48. O'Donnell M. (2007) *Maria Montessori*. London: Continuum International Publishing Group.
49. O'Donnell M. (2013) *Maria Montessori: A Critical Introduction to Key Themes and Debates* London: Continuum International Publishing Group.
50. Oliver M. (2013) The Social Model of Disability: Thirty Years On online, *Disability & Society* 28, 7, 1024–1026 [Online at: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09687599.2013.818773>]. Accessed 4/8/16.
51. Palmer M. and Harley D. (2012) Models and measurement in disability: an international review online, *Health Policy and Planning* 27, 5, 357–364 [Online at: [http:// heapol. oxfordjournals. org/ content/ 27/ 5/ 357. full. pdf1 html](http://heapol.oxfordjournals.org/content/27/5/357.full.pdf1.html)]. Accessed 4/8/16.
52. Rieser R. (2004) *Disabling Imagery?* London: Disability Equality in Education and British Film Institute.
53. Robinson K. (2011) *Out of our minds: Learning to be Creative* 2nd edn. Oxford: Capstone.
54. Rogers S. and Lapping C. (2012) Recontextualising "Play" in Early Years Pedagogy: Competence, Performance and Excess in Policy and Practice *British Journal of Educational Studies* 60, 3, 243–260.
55. Rose R. (2002) Including Pupils with Special Educational Needs: beyond rhetoric and towards an understanding of effective classroom practice. online *Westminster Studies in Education*. 25, 1, 67–76 [Online at: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid51f785234-0b26->

4a5c-a90e-a5cb5994f298%40sessionmgr120&vid51&hid5107]. Accessed 31/7/16.

56. Shakespeare T. (2010) The Social Model of Disability In: L. Davis (ed.) *The Disability Studies Reader* 3rd edn. pp. 266–273. London: Routledge.

57. Shaw M. (2003) Warnock calls for rethink. *TES Newspaper* online, 11 May 2008. [Online at: <http://www.tes.co.uk/article.aspx?storycode5384105>]. Accessed 15/7/15.

58. Silberman S. (2015) *Neurotribes: The Legacy of Autism and How to Think Smarter about People who Think Differently*. London: Allen & Unwin

59. Siegel B., Pliner C., Eschler J., & Elliot G.R. (1988) How children with autism are diagnosed: Difficulties in identification of children with multiple developmental delays *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 199–204.

60. Smith K. (2012) Producing governable subjects: Images of childhood old and new. *Childhood* 19, 1, 24–37.

61. Special educational needs and disability act 2001 (2001) Chapter 10, HMSO. [Online at: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2001/10/contents>]. Accessed 16/7/15.

62. Summerbell C.D., Moore H.J., Vogeley C., Kreichaul S., Manios Y., Douthwaite W., Nixon C.A. and Gibson E.L. (2012) Evidence-based recommendations for the development of obesity prevention programs targeted at preschool children online, *Obesity Reviews* 13, Supplement, 129–132. [Online at: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid551cc4f6e-9f11-452f-ae94-17777cf36fd2%40sessionmgr4007&vid55&hid54112>]. Accessed: 9/8/16.

63. Tannock M.T. (2008) Rough and Tumble Play: An Investigation of the Perceptions of Educators and Young Children. *Early Childhood Education Journal* 35, 4, 357–361.

64. Toboso M. (2011) Rethinking disability in Amartya Sen's approach: ICT and equality of opportunity *Ethics and Information Technology* 13, 2, 107–118.
65. Tomlinson S. (2012) The irresistible rise of the SEN industry *Oxford Review of Education* 38, 3, 267–286.
66. Tuchman R., Moshe S.L. and Rapin I. (2009) Convulsing toward the pathophysiology of autism *Brain and Development* 31, 2, 95–103.
67. Varcoe L. and Boyle C. (2014) Pre-service primary teachers' attitudes towards inclusive education online, *Educational Psychology* 34, 3, 323–337 [Online at: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01443410.2013.785061>]. Accessed 6/8/16.
68. Wall K. (2010) *Autism and Early Years Practice*. 2nd edn. London: Sage.
69. Warnock M. and Norwich B. (2010) *Special Educational Needs: A New Look* London: Continuum.
70. Webster R., Blatchford P., Bassett P., Brown P., Martin C. and Russell A. (2010) Double standards and first principles: framing teaching assistant support for pupils with special educational needs online, *European Journal of Special Needs Education* 25, 4, 319–336 [Online at: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08856257.2010.513533>]. Accessed 6/8/16.
71. Wing L. and Gould J. (1979) Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 9, 1, 11–29.
72. Wolff S. (2004) The history of autism *European Child & Adolescent Psychiatry* 13, 4, 201–208.
73. Wood E. (2010) Developing Integrated Pedagogical Approaches to Play and Learning. In P. Broadhead, J. Howard, and E. Wood, (eds) *Play and Learning in the Early Years: From Research to Practice* pp. 9–27 London: Sage.

74. Wood E.A. (2014) Free choice and free play in early childhood education: troubling the discourse online, *International Journal of Early Years Education* 22, 1, 4–18 [Online at: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09669760.2013.830562?needAccess5true>]. Accessed 9/8/16

75. Wright A., Jorm A.F. and Mackinnon A. J. (2011) Labelling of mental disorders and stigma in young people *Social Science and Medicine* 73, 4, 498–506.

Nevison, C. California Autism Prevalence Trends from 1931 to 2014 and Comparison to National ASD Data from IDEA and ADDM / C. Nevison, M. Blaxill, W. Zahorodny // Journal of autism and developmental disorders – 2018. – 48 (12). – C. 4103–4117.

Abstract

Time trends in U.S. autism prevalence from three ongoing datasets [Individuals with Disabilities Education Act, Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, and California Department of Developmental Services (CDDS)] are calculated using two different methods: (1) constant-age tracking of 8 year-olds and (2) age-resolved snapshots. The data are consistent across methods in showing a strong upward trend over time. The prevalence of autism in the CDDS dataset, the longest of the three data records, increased from 0.001% in the cohort born in 1931 to 1.2% among 5 year-olds born in 2012. This increase began around ~ 1940 at a rate that has gradually accelerated over time, including notable change points around birth years 1980, 1990 and, most recently, 2007.

Keywords *autistic disorder, autism spectrum disorder, ASD prevalence, time trends, ADDM IDEA, CDDS*

Introduction

Autism was first described in the 1940-s as a childhood psychiatric disorder characterized by early expressed impairment in social interaction and communication and repetitive or circumscribed interests or behavior (Kanner 1943). Kanner's original term for the condition was early infantile autism or

infantile autism. While originally attributed by some to bad parenting (i.e., "refrigerator mothers") (Bettelheim 1967), today autism is widely recognized as a complex developmental disorder triggered by environmental factors acting on a genetically-susceptible population, in which inflammation may interfere with early brain synapse formation and pruning (Pardo et al. 2005; Goines and Ashwood 2012; Bilbo et al. 2015). Autism frequently co-occurs with other neurological and behavioral conditions (Van Der Meer et al. 2012) and is often accompanied by elevated levels of cellular oxidative stress, mitochondrial dysfunction, and/or immune and gastrointestinal disorder (James et al. 2009; Chaidez et al. 2013; Frye and James 2014).

Autism is diagnosed by confirmation of behaviors by experts, as there are no valid biomarkers or determinative tests. Autism diagnostic criteria were formalized for the first time in the 3rd Edition of the American Psychiatric Association's (APA) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (APA 1980) to clarify the difference between infantile autism and childhood schizophrenia. In a subsequent revision to DSM-IV, published in 1994 (APA 1994), three autism subtypes were described: autistic disorder (AD), pervasive developmental disorder-not otherwise specified (PDD-NOS) and Asperger's syndrome. These latter subtypes represent milder, variant forms, while AD is the most severe expression of autism. By definition, AD is in place by age 3, although it typically is not diagnosed until a median age of 4 years (MacFarlane and Kanaya 2009; CDC 2016).

DSM-5, published in November, 2013, formally defined the term autism spectrum disorder (ASD), which encompasses but no longer distinguishes between AD, PDDNOS and Asperger's syndrome, based on the rationale that the clinical distinction between the subtypes is not well defined (APA 2013). Indeed the CDC Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network reports a wide range of variability among individual states in the proportion of ASD cases assigned to each subtype. Among 8 year-olds surveyed across 11 states in 2012, AD accounted for 26–74% (46% on average) of ASD cases, PDD-NOS accounted for 15–58% (44% on average) and Asperger's for 2–19% (10% on average) (CDC 2016). Under DSM-5, in place

of the old subtypes, clinicians rate the severity of deficits in two principal domains of (1) social communication and interaction and (2) restrictive and repetitive patterns of behavior (Gibbs et al. 2012; Volkmar and Reichow 2013).

Epidemiologic estimates of autism prevalence in the United States were in the range of 1 in 2500 prior to 1985, but increased to 1/150 among 8 year-olds born in 1992 and again to 1/68 for 8 year-olds born in 2002 (McDonald and Paul 2010; CDC 2016). Despite the rapid and broad rise in the reported ASD prevalence, a number of analyses have concluded that much of the apparent rise may not reflect a real increase in ASD cases. Rather, these studies have argued that diagnostic substitution for intellectual disability, the expansion of diagnostic criteria, and improved awareness of the condition have played an important role in explaining the increase in ASD (Croen et al. 2002; Gurney et al. 2003; Fombonne 2009; Keyes et al. 2012; Polyak et al. 2015). The epidemiologic literature also has suggested that the large variation in reported ASD prevalence from different geographic regions (e.g., the more than threefold difference among states in ADDM surveys) indicates a level of inconsistency in the data that precludes drawing conclusions about time trends (Fombonne 2009).

A recent analysis of data from the U.S. Department of Education Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) offered a different view, finding that the large majority (75–80%) of the increase in ASD prevalence, over the period from 1988 to 2002, was due to a true increase in the condition rather than to better and expanded diagnosis (Nevison 2014). That investigation, which focused on IDEA data, compared two independent methods for calculating the trend slope of ASD prevalence versus birth year and found that both methods gave largely consistent results. The methods involved (1) tracking prevalence at a constant age over multiple, successive years of reports, and (2) examining an age-resolved snapshot from the most recent individual year's report. The conceptual distinction between methods 1 and 2 was also important in demonstrating that diagnostic substitution for intellectual disability is an unsatisfactory explana-

tion for the rise in ASD in most states, including California (Blaxill et al. 2003; Croen and Grether 2003; Nevison and Blaxill 2017).

The "constant-age tracking" method is the approach adopted by the ADDM network, which tracks ASD prevalence among 8 year-olds in successive biannual reports (CDC 2016). Two other data systems compile successive annual reports with separate counts for each age from early childhood to adulthood. These include IDEA and the California Department of Developmental Services (CDDS). The successive annual reports from these networks not only allow for constant-age tracking of any age cohort, but also effectively provide the opportunity to compute a prevalence snapshot, resolved by age, for any given report year. Using simple algebra, a prevalence versus birth year curve can be constructed from any of the individual age-resolved reports, thereby providing an independent, alternative approach to constant-age tracking for estimating the time trend in autism prevalence.

This alternative approach is referred to here as the "ageresolved snapshot" method. A key advantage is that the time trend derived from an age-resolved snapshot is substantially insulated from the biasing influences of better and/or expanded diagnosis, since these influences potentially may affect all age cohorts in the snapshot equally, provided the cohorts are old enough to be full ascertained. The age of full ascertainment for ASD commonly (although perhaps inappropriately) has been assumed to be about 8 (CDC 2016). Thus, in principle if ASD is truly a constant prevalence condition, a snapshot-based prevalence versus birth year plot, beginning around age 8 and extending back in time to older birth cohorts, should be a flat line with a slope of 0. In practice, children of different ages are not necessarily equally likely to be evaluated for ASD in a given year, and adults are even less likely to be evaluated. However, the IDEA law includes the Child Find mandate, which requires that all U.S. school districts locate and evaluate all children with disabilities from birth through age 21, suggesting there is an ongoing legal mandate to identify children with ASD throughout their school years (Wright and Wright 2007).

Earlier studies using "age-period-cohort" approaches to understand the interaction of age, cohort and report year effects (Gurney et al. 2003; Newschaffer et al. 2007; Keyes et al. 2012) have employed some of the same concepts involved in the age-resolved snapshot versus constant-age tracking method. Those studies have focused largely on following specific birth cohorts as they age and have noted a tendency toward an ongoing increase in prevalence within a given cohort well beyond age 8, as well as an overall increase in prevalence among younger versus older birth cohorts. However, the previous studies generally have not plotted or defined the time trend in autism per se, visualized as a simple graph of prevalence versus birth year.

In this paper, we apply the age-resolved snapshot and constant-age tracking method to a set of 13 CDDS annual reports, which date as far back as birth year 1931 and extend through birth year 2014. The DSM-IV definitions were used for most of these reports, although the two most recent reports were transitioning to DSM-5. For the older data, we NOS and Asperger's syndrome. We compare the CDDS trends to trends in ASD from the California IDEA dataset. In addition, we calculate the IDEA ASD trend slopes in the 15 states surveyed by the ADDM Network, which allows for comparison of 8 year-old constant-age tracking trends between IDEA and ADDM. Our primary goal is to quantify and characterize the time trend in U.S. autism prevalence as well as possible using the best available data. Two secondary goals are (1) to test the hypothesis that the trend slopes derived from the most recently available age-resolved snapshots for the CDDS and IDEA datasets are significantly greater than zero (i.e., not flat lines), and (2) to examine reasons for the large variations in reported ASD prevalence among different states and data networks.

Methods

Autism Prevalence Data

Table 1 summarizes the three main sources of ASD prevalence data used in this paper. Each dataset is described in greater detail below and the complete datasets are provided in Supplementary Files S1–4. Since all relevant information had been de-identified prior to our activities and since the datasets were aggregated by age at the state level, this project did not require institutional review and approval.

California Department of Developmental Services (CDDS)

CDDS provides services to eligible individuals living in California who meet the DSM diagnostic criteria for autism. To qualify for CDDS services, these individuals also must have a level of impairment that rises to the level of a "developmental disability," where the latter is defined as a non-physical, substantial disability that is expected to continue indefinitely (Autism Society San Francisco Bay Area 2015). Historically, the CDDS screening system has reserved the name "autism" for "full syndrome" cases, which have a modal age of 3 at diagnosis (Fountain and Bearman 2011) and are almost always diagnosed with AD. Official CDDS publications have focused on this more severely affected population (CDDS 2003). Milder subtypes such as Asperger's syndrome and PDD-NOS have not been eligible for services unless they have another qualifying disability (Fountain and Bearman 2011). In addition to an autism diagnosis, individuals applying for CDDS services must demonstrate significant functional disability in 3 out of 7 life challenges, which include self-care, language, learning, mobility, self-direction, capacity for independent living and economic self sufficiency (Autism Society San Francisco Bay Area 2015).

For the current study, CDDS autism counts were obtained as a set of 10 consecutive annual reports for 1997–2006 and 3 additional reports for 2014, 2016 and 2017. Each of the annual reports provides an age-resolved snapshot for that year of the number of individuals receiving services for autism. The counts are listed back to birth year 1970 for the 2016 report and back to birth year 1931 for all other reports. The 2014 snapshot was obtained from a published report (Autism Society San Francisco Bay Area 2015) while all the other reports were obtained through direct requests to CDDS. The data include only individuals who are "active" in the system and are classified under Code 1 on their Client Development Evaluation Report (CDER).

The definition of Code 1 has changed several times over the years within the CDDS system (<http://www.dds.ca.gov/CDER/Index.cfm>). In May, 2007 (but not implemented until November 2008), Code 1 was revised from its historic name, "autism, full syndrome," to "autistic disorder (AD)."

Table 1 Summary of ASD datasets

Dataset	CDDS	IDEA	ADDM
Regions covered	California	All 50 states + D.C.	Selected counties in up to 15 states, varying by report
Age of autism counts	3–83	3–21	8
Denominator used to estimate prevalence	California birth data 1931–2014	NCES public school populations K-12 (age 5–17)	U.S. Census data
ASD types included	Code 1 autism (mainly AD)	Varies by state. Some may include only AD, others some or all ASD types	All ASD types, including Asperger's syndrome
Report years	1997–2006, annually, 2014, 2016, 2017	1991–2011, annually	2000–2012, biannually
Sponsoring agency	Calif. Department of Developmental Services	U.S. Department of Education	U.S. Centers for Disease Control and Prevention
Supplementary data files	S1	S2, S3	S4

The two terms are similar (CDDS 2003), but the latter was adopted when CDDS began using separate codes 3 and 4 for Asperger's syndrome and PDD-NOS, respectively, under the DSM-IV nomenclature. In November 2014, Code 1 was revised again to "autism spectrum disorder" as CDDS began shifting to the DSM-5 framework. The revised definitions initially apply only to new cases entering the system, while older cases retain their original classifications. However, most consumers are on an annual diagnosis update schedule (a minority are on a triannual schedule) with the result that 98% are transitioned within 2 years and 99% within 3 years to the new codes (Paul Choate, personal comm. 1/30/18). The chronology is such that the original definition of Code 1 (autism, full syndrome) applies to the 1997–2006 snapshots, the DSM-IV definition "autistic disorder" applies to the 2014 snapshot, and the new DSM-5 definition of Code 1 applies to the 2016 and 2017 snapshots.

The Code 1 autism counts were converted to prevalence in % for birth years 1970–2014, using California live birth data as denominators (<http://www.dof.ca.gov/research/demographic/reports/projections/births/>), consistent with the methodology used by CDDS (2003). The 1931–1969 counts were converted into prevalence using estimated California births from <http://www.dof.ca.gov/Forecasting/Demographics/Estimates/E-7/>. These birth estimates extend to the present day and, in the overlapping range, agree well with the 1970–2014 live birth estimates, to within a standard deviation of ± 9000 . The full set of 13 age-resolved annual reports (1997–2006, 2014, 2016 and 2017) is available in Supplementary File S1.

Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)

The Individuals with Disabilities Education Act (IDEA) requires the collection of special education enrollment counts for 13 specific disability categories. IDEA is federally mandated and regulated under the U.S. Department of Education, but allows individual states discretion in determining special education categories, without reference to DSM or other diagnostic criteria. Rather, the determination of whether a student qualifies for autism services is made by district-level professionals in concert with the student's parents and teachers (MacFarlane and Kanaya 2009).

ASD counts were obtained from the IDEA database for each of the 50 United States (<http://www.ideadata.org>). For report years through 2011, ASD counts for children age 6 through 17 are available in age-resolved annual reports beginning in 1991, while counts for 5 year-olds are available beginning in the 2000 report. ASD prevalence was calculated by dividing the IDEA counts by total statewide public school populations from the National Center for Education Statistics (NCES) (<http://nces.ed.gov/ipeds/data/>). The NCES data are resolved by grade from kindergarten (age 5) to 12th grade (age 17) and are available in annual reports from 1991 to 2011. While additional IDEA reports have been published beyond 2011, from the 2012 report onward the findings were reformulated such that ASD counts are no longer available in age-resolved format, but rather are aggregated into broad age categories. These more recent reports do not provide the age-resolved data that our methodology requires.

The full datasets of IDEA ASD counts and computed IDEA/NCES ASD prevalence are available in Supplementary Files S2 and S3, respectively. Both datasets are presented for all 50 United States, although this paper focuses on the 15 states in which ADDM data are available, and on California, where CDDS data are available. We also compute the overall U.S. ASD prevalence by summing all (non-blank) data from all 50 states plus Washington, D.C. and dividing by the sum of the NCES public school populations in those states. In the early 1990s, only about half of states provided ASD counts, but data are available from at least 48 states for every year thereafter.

Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network

The Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network is a surveillance system conducted in selected regions of the United

States that was established by the Centers for Disease Control (CDC) in 2000 to provide estimates of autism prevalence among 8 year–old children. Reports are available biannually for birth years from 1992 to 2004, for a total of 7 reports (CDC 2007a, b, 2009a, b, 2012, 2014, 2016). ADDM ASD cases are determined by systematic review and abstraction of information contained in existing evaluations conducted for developmental health and special education purposes, followed by independent scoring and analysis by experienced clinicians to determine which children satisfy the DSM-IVbased definitions of ASD. (Note, in some states ADDM researchers have access only to health records and not education records.) ADDM uses U.S. Census-based data for the age cohort denominators needed to compute prevalence. ADDM data cover all ASD subtypes, including AD, PDD-NOS and Asperger’s disorder. While ADDM, over the lifetime of the Network, covers parts of 15 different states, the states surveyed are not consistent from report to report and the number of counties referenced in each successive report is also somewhat variable. These differences, along with the ADDM prevalence in each of the seven reports, are presented in Supplementary File S4. ADDM also computes an overall U.S. ASD prevalence estimate by tabulating all the cases in the participating states from a given report year and dividing by the total 8 year–old population.

Quantifying ASD Trend Slopes

Constant-Age Tracking Versus Age-Resolved Snapshots

The CDDS, IDEA and ADDM reports described above were used to construct the temporal trend in ASD, which was plotted as prevalence versus birth year. Birth year was calculated according to Eq. (1).

$$\text{Birth Year} = \text{Report Year} - \text{Age} \quad (1)$$

Here we note that Eq. 1 corresponds closely to the Cohort = Period – Age equation used in previous age-period-cohort analyses (Gurney et al. 2003; Keyes et al. 2012). For CDDS and IDEA, which provide a series of annual reports, each of which contains data across a range of ages, the prevalence versus birth year curve can be constructed using two independent approaches: "constant age tracking" and "age-resolved snapshot" (Nevison 2014). For constant-age tracking, Report Year is varied while Age is held constant. For the age-resolved snapshot, Age is varied while Report Year is held constant, using

the most recently available report. For ADDM, constant-age tracking is the only approach that can be used, since the ADDM biannual reports provide ASD prevalence estimates only for 8 yearold children.

Least Squares Linear Regression and the Null Hypothesis

The slopes of the ASD prevalence versus birth year curves were quantified by least squares linear regression using Matlab R2015b software. With ASD prevalence on the Y-axis and birth year on the X-axis, these slopes reflect the time trend in ASD prevalence, approximated as a linear fit to the data. Hereafter, the terms b_{snap} and b_{track} are used to refer to the ASD trend slopes for the age-resolved snapshot and constant-age tracking curves, respectively. The linear regression approach assumes that the ASD prevalence versus birth year relationship can be represented as a linear change over short intervals of data. The errors in the trend slopes were taken from the covariance matrix of the regression.

In analyzing the trend slopes, a key hypothesis tested was the null hypothesis for the age resolved snapshot slope: is b_{snap} significantly indistinguishable from 0, i.e., is ASD prevalence independent of birth year? The alternative to the null hypothesis is that b_{snap} is significantly different from 0, which would indicate a real change in ASD prevalence over time. A t statistic was calculated as the ratio of the slope/slope error. Significance was evaluated from a table of critical values of the t distribution, with a chosen confidence level of $p < 0.01$ (Walpole and Myers 1985). The same evaluation was performed for all constant-age tracking slopes b_{track} .

The trend slopes were calculated over selected birth year intervals, as summarized in the results below. These calculations focus on age 8 as the constant age tracked, consistent with ADDM (CDC 2016). The CDDS calculations included the continuous set of 1997–2006 reports plus the 2014, 2016 and 2017 reports, with the latter serving as the most recently available age-resolved snapshot.

For IDEA data, the trend calculations were based on 8year-old b_{track} slopes calculated over the 1994–2003 birth year interval. The b_{snap} slopes were calculated over this same interval from the most recent available IDEA age-resolved snapshot in 2011. Since the IDEA/NCES snapshots have an upper age limit of 17, and we set the lower age limit at the tracking age (i.e., 8), these

upper and lower bounds define the 1994–2003 birth year interval of the analysis. The lower age limit is needed to avoid the non-linear rollover that typically occurs at the younger end of an age-resolved snapshot due to underascertainment in very young children (Nevison 2014).

Results

California Department of Developmental Services (CDDS) Data Analysis Long-Term Trend Since 1931

Figure 1 shows an apparent ~ 1000 -fold increase in CDDS autism prevalence between birth year 1931, when prevalence was only $\sim 0.001\%$, and birth year 2012, when prevalence had increased to 1.18% among 5 year-olds born in

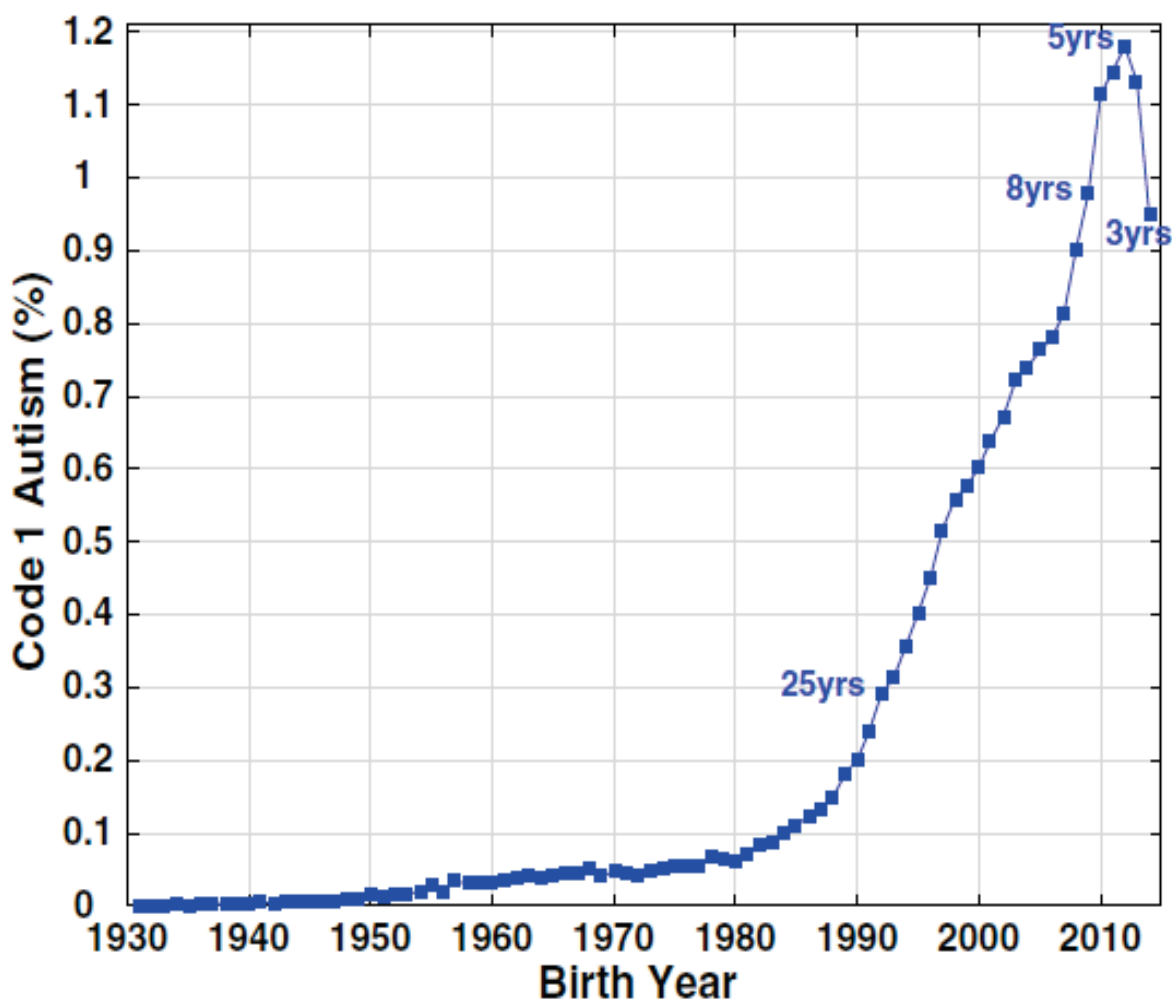


Fig. 1 Age-resolved snapshot for 2017, showing the growth in California Department of Developmental Services (CDDS) Code 1 autism prevalence from 0.001% in birth year 1931 to 1.18% in birth year 2012. (Color figure online)

Table 2 ASD prevalence slopes: ADDM and IDEA snapshot versus tracking

State	Trend slope $\pm$ slope error (per 10,000 per year) ^a			IDEA slope ratio ^c b_{snap}/b_{track}	Recent 8 year-old prevalence (%)	
	ADDM ^{b,c} b_{track}	IDEA ^d b_{snap}	IDEA ^d b_{track}		ADDM (BY 2002 or 2004) ^f	IDEA (BY 2003)
Alabama		4.0 $\pm$ 0.9	5.4 $\pm$ 0.2	0.74	0.57	0.66
Arizona	9.1 $\pm$ 1.5	5.9 $\pm$ 0.3	8.0 $\pm$ 0.3	0.74	1.52	0.96
Arkansas		4.1 $\pm$ 0.6	5.8 $\pm$ 0.8	0.71	1.20	0.84
California	N/A	7.6 $\pm$ 0.2	9.7 $\pm$ 0.4	0.78	N/A	1.25
Colorado		3.4 $\pm$ 0.3	5.2 $\pm$ 0.4	0.67	1.08	0.61
Florida		6.6 $\pm$ 0.5	7.6 $\pm$ 0.7	0.87	N/A	0.98
Georgia	8.2 $\pm$ 0.8	3.4 $\pm$ 0.8	4.8 $\pm$ 0.4	0.70	1.55	0.80
Maryland	7.4 $\pm$ 2.0	5.0 $\pm$ 0.9	8.2 $\pm$ 0.5	0.61	1.16	1.15
Missouri		5.0 $\pm$ 0.6	7.5 $\pm$ 0.4	0.67	1.15	1.03
New Jersey	13 $\pm$ 0.9	9.8 $\pm$ 0.6	10.4 $\pm$ 0.6	0.94	2.46	1.46
No. Carolina	12 $\pm$ 1.3	5.0 $\pm$ 0.4	7.5 $\pm$ 0.4	0.67	1.69	1.04
Pennsylvania		9.6 $\pm$ 0.5	12.6 $\pm$ 0.5	0.76	N/A	1.53
S. Carolina	6.1 $\pm$ 1.4	4.0 $\pm$ 0.3	5.1 $\pm$ 0.5	0.78	1.24	0.74
Utah		2.0 $\pm$ 0.3	5.6 $\pm$ 0.4	0.36	1.73	0.76
W. Virginia		4.3 $\pm$ 0.7	5.2 $\pm$ 0.4	0.82	N/A	0.76
Wisconsin	4.7 $\pm$ 0.9	6.0 $\pm$ 0.5	8.1 $\pm$ 0.3	0.74	1.08	1.22

^a To convert to %/year, divide by 100

^b The ADDM 8 year-old tracking slope is reported only when the least squares linear regression slope b_{track} is statistically different from 0 at a confidence level of $p < 0.01$ or better

^c For ADDM data, the birth year span ranges from as early as 1992 to as late as 2004. See Fig. 5 and Supplementary File S4 for individual state details

^d For all IDEA data, the birth year span is 1994–2003, the tracking age is 8 years old and the 2011 IDEA snapshot age range is 8–17 years old

^e b_{snap}/b_{track} slope ratios are shown in bold face, indicating smaller uncertainty, when the slope error is $\leq 10\%$ of the regression slope for both b_{track} and b_{snap}

^f Birth Year (BY) 2004 prevalence shown if available, otherwise BY 2002 that year. Figure 1 plots the 2017 age-resolved snapshot, which is based on the DSM-5 criteria for ASD with additional CDDS requirements for functional disability in 3 out 7 life challenges.

Snapshot and Tracking Slopes

The snapshot versus tracking slope analysis is focused on the most recent decades of the CDDS data from 1989 – present. This period covers school-age children, who are more likely than adults to be re-evaluated periodically for ASD, given the Child Find legal mandate (Wright and Wright 2007) and parental motivation of publicly-funded services. The availability of successive annual reports in these recent decades also allows for intercomparison of the age-resolved snapshot and constant-age tracking methods for estimating time

trends. These recent time trends can be approximated with linear fits and thus used to quantify trend slopes. For the birth year 1989–2009 interval, the 2017 b_{snap} trend slope (3.8 ± 0.08 per 10,000 per year) is significantly greater than 0 at a high confidence level ($p \ll 0.01$), suggesting that the data are inconsistent with the null hypothesis that Code 1 autism is a constant prevalence condition (Fig. 2). The constant-age tracking slope b_{track} (4.3 ± 0.15 per 10,000 per year) also differs significantly from 0 at a high confidence level ($p \ll 0.01$).

The CDDS b_{snap} slope is somewhat flatter than the b_{track} slope computed over the same 1989–2009 birth year interval. The flatter slope is the result of upward revision over time in Code 1 autism prevalence for the earlier birth cohorts in the snapshot. For example, in the 1997 CDDS report, prevalence among 8 year-olds born in 1989 was 0.08%, but had been revised upward to 0.18% in the 2017 CDDS report for this same 1989 birth cohort. Regardless of which of these starting points is used, the growth to a prevalence of 0.98% among 8 year-olds in the 2009 birth cohort represents a substantial increase. The $b_{snap}:b_{track}$ slope ratio over the 1989–2009 birth year interval is 0.87, suggesting the trend slopes are largely consistent across the constant-age tracking and age-resolved snapshot methods (Fig. 2).

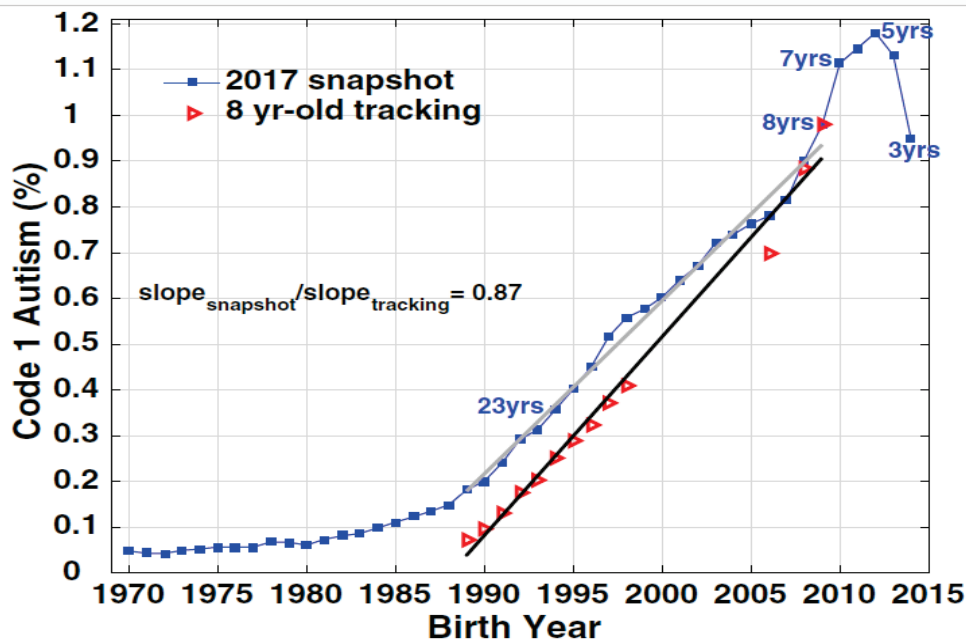


Fig. 2 CDDS data from 1997 to 2006, 2014, 2016 and 2017 reports, comparing 8 year-old tracking (red triangles) to 2017 age-resolved snapshot (blue squares) slopes over birth year interval 1989–2009.

The $b_{snap}:b_{track}$ slope ratio, representing the ratio of the grey:black slopes, is 0.87. Selected ages are labeled on the blue age-resolved snapshot curve, indicating the age of each birth cohort in 2017. (Color figure online)

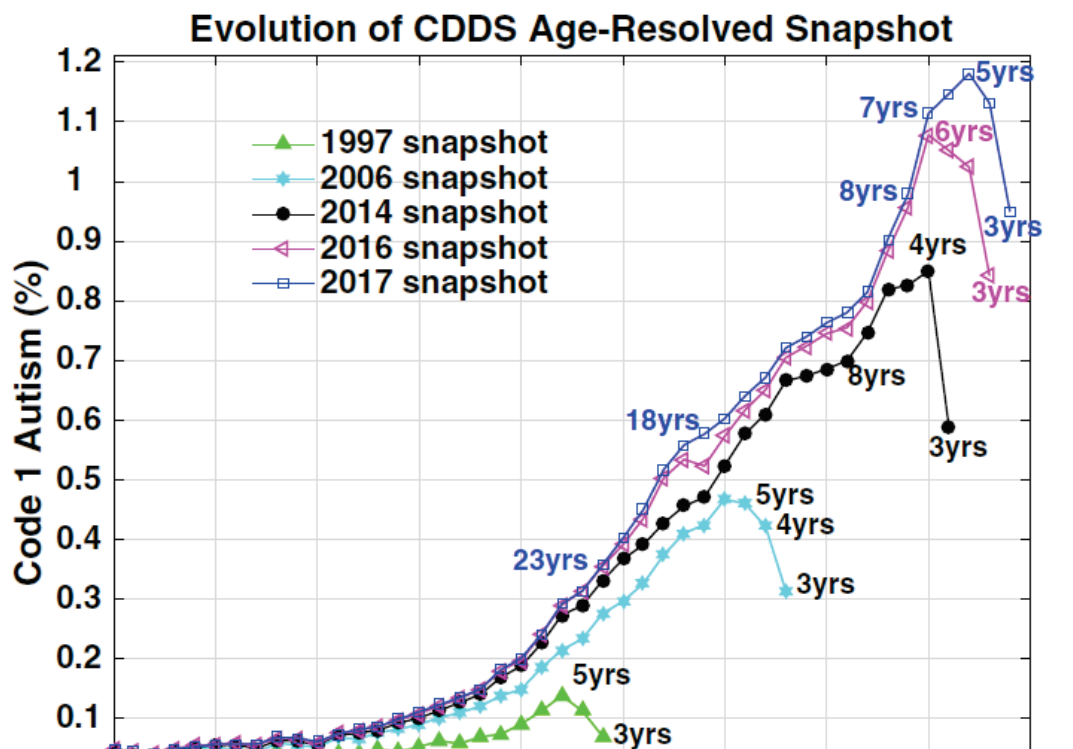


Fig. 3 CDDS Code 1 autism data comparing 1997 (green triangles), 2006 (cyan squares), 2014 (black circles), 2016 (magenta triangles) and 2017 (blue squares) age-resolved snapshots. Selected ages are labeled on each snapshot curve, indicating the age of each birth cohort at the time each respective CDDS report was compiled. (Color figure online)

Evolution of the CDDS Snapshot

Code 1 autism prevalence in the CDDS age-resolved snapshots has evolved substantially over time from the earliest report in 1997 to the most recent report in 2017 (Fig. 3). The 1997 age-resolved snapshot is relatively flat through the 1970s but prevalence starts trending upward around the mid to late 1980s, reaching a high of 0.14% among 5 yearolds born in 1992. Moving ahead 9 years, prevalence has increased overall in the 2006 snapshot from about birth year 1975 onward and reaches a high of 0.47% among 6 year-olds born in 2000. Another 8 years later, prevalence has increased again in the 2014 snapshot, with proportionally more growth for the more recent (after

1985) birth cohorts than the older birth cohorts, and reaches a high of 0.86% among 4 year-olds born in 2010. Additional increases occur in the 2016 snapshot, mainly after birth year 1995, with peak prevalence (1.08%) still occurring among the 2010 birth cohort, now age 6. One year later in the 2017 snapshot, peak prevalence (1.18%) shifts to 5 year-olds born in 2012.

Visual inspection of the complete 2017 snapshot (Fig. 1) suggests that Code 1 autism prevalence has been creeping slowly upward from near-zero levels since at least 1940, reaching 0.06% in 1980, at which point the numbers started rising more quickly, tripling to 0.18% by 1989. The change point at which the even more rapid increase of the 1990s and 2000s began is debatable, but appears to have occurred between 1988 and 1990. The 2014, 2016 and 2017 snapshots all suggest a slower rate of growth in the late 1990s and mid 2000s (Figs. 1, 3). However, all three snapshots show that the rate of growth accelerated again after 2006 until prevalence had reached an all-time high of 1.18% of 5 year-old children born in 2012.

Cohort Analysis

A conventional cohort-period-age plot (Gurney et al. 2003) provides an alternative, complementary way to examine how prevalence among selected birth cohorts has evolved as they age. Figure 4, which follows 11 CDDS birth cohorts over time, shows an upward revision with age starting among the birth cohorts of the late 1980s. Prevalence increases rapidly between ages 2 and 8. After age 8, a flatter but still ongoing upward revision continues throughout the teenage years and into adulthood. For example, prevalence in the 1997 birth cohort rises by 0.15% from age 8 to 20, while prevalence in the 1989 birth cohort rises by 0.11% from age 8 to 28. However, the cohort-period-age plot suggests little upward revision with age among the birth cohorts of the 1970s and early 1980s, consistent with Fig. 3.

Comparison of CDDS, IDEA and ADDM 8 Year-Old Prevalence in 16 States

Expanding the analysis to the IDEA and ADDM datasets allows examination of ASD trends in states beyond California and among different net-

works that often include a larger share of milder ASD than CDDS. Here, in order to compare all 3 networks, we show 8 year-old tracking trends, rather

Following birth year cohorts in CDDS data

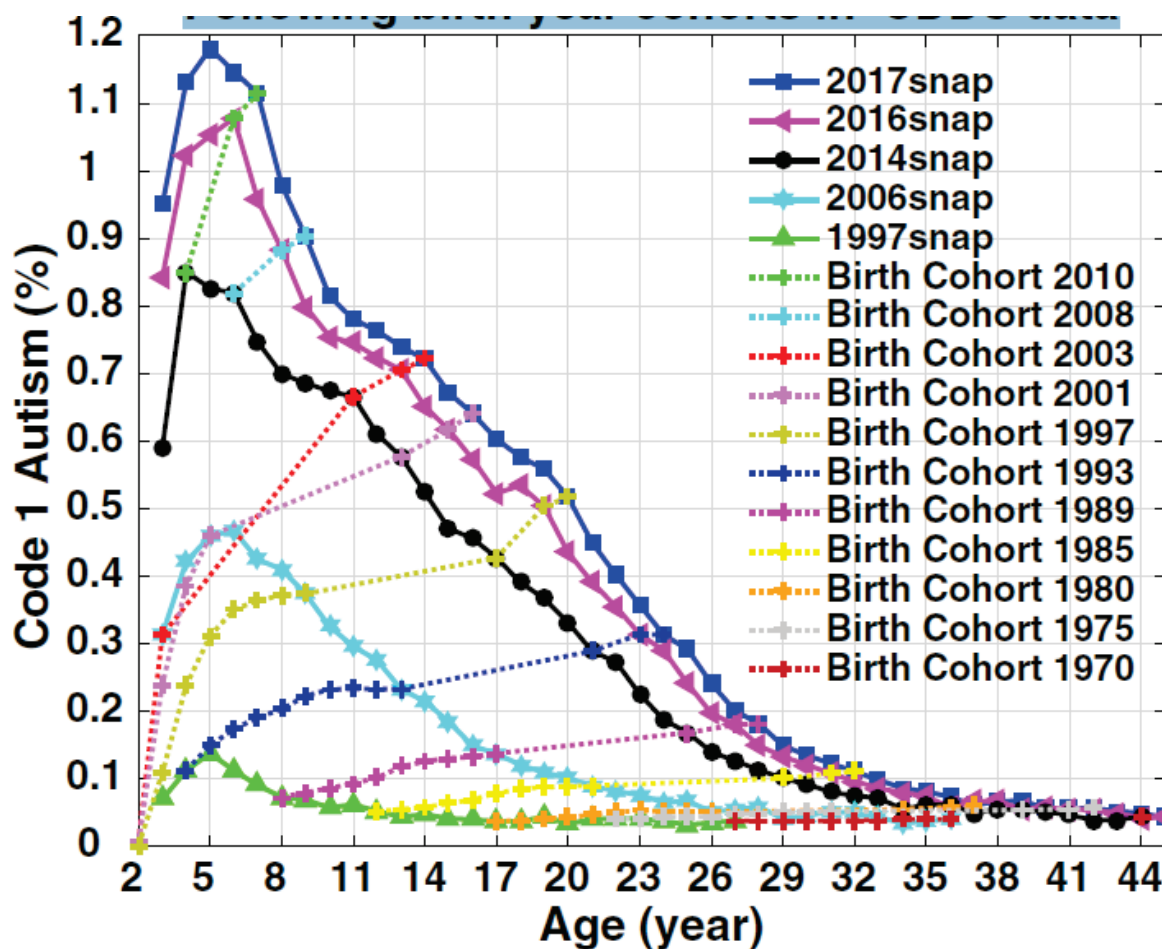


Fig. 4 CDDS prevalence by age, period, and year of birth. Dotted lines represent children born in the denoted year as they age over time.

The period curves use the same data as the age-resolved snapshots for 1997, 2006, 2014, 2016 and 2017 in Fig. 3, but are plotted versus age (i.e., in reverse order along the X-axis) rather than versus birth year. (Color figure online) are available for ADDM. Figure 5 and Table 2 show that ASD prevalence varies among states, and also between different datasets within a given state. For IDEA, ASD prevalence among 8 year-olds born in 2003 (the most recent birth cohort available) varies over more than a factor of 2 among the 16 states examined, ranging from 0.61% in Colorado to 1.53% in Pennsylvania. For ADDM, ASD prevalence among 8 year-olds in the most recently available 2004 birth cohort also varies by more than a factor of 2, ranging from

1.08% in Wisconsin to 2.46% in New Jersey. Moreover, the New Jersey prevalence is more than 4 times larger than the Alabama prevalence of 0.57% (reported most recently for the 2002 birth cohort) (CDC 2014). In California, both absolute prevalence and the rate of increase in prevalence are greater in IDEA than in CDDS. In the remaining states, ADDM prevalence exceeds IDEA prevalence in 11 of 15 overlapping states and is comparable in 4 states.

All 2011 IDEA b_{snap} trend slopes presented in Table 2 are significantly > 0 , suggesting the IDEA data are inconsistent with the null hypothesis that ASD is a constant prevalence condition over time. The IDEA b_{snap} slope errors are considerably larger than for the CDDS data (ranging from 3 to 25% of b_{snap} with a median of 9%), but the t statistic still indicates that IDEA b_{snap} is non-zero at the $p < 0.01$ confidence level for all 16 states in Table 2. Similarly, all IDEA 8 year-old tracking slopes b_{track} are significantly > 0 ($p < 0.01$) in all 16 states, with slope errors ranging from 4 to 14% (median 6%) of b_{track} . Interestingly, however, the ADDM b_{track} slopes differ significantly from 0 in only 7 out of the 15 ADDM states in Table 2. The IDEA b_{snap} trend slopes are invariably flatter than the b_{track} slopes in all 16 states, with $b_{snap}:b_{track}$ slope ratios ranging from 0.36 in Utah to 0.94 in New Jersey (Fig. 6). Excluding Utah, which is an outlier compared to the other states, the mean $b_{snap}:b_{track}$ slope ratio is 0.75 ± 0.085 . In California, the ratio is 0.78.

Nationwide ASD Prevalence Trends Among 8 Year-Olds

The 8 year-old tracking curves for United States nationwide ASD prevalence differ across networks, just as they did among the 16 individual states (Fig. 7). Nationwide ADDM prevalence is a factor of 1.5–2.5 higher than IDEA over the overlapping 1992–2003 birth year interval. The two datasets follow a similar trend slope over most of this interval, with notable exceptions between 1992–1994 and 2002–2004. ADDM suggests a flat trend over these periods, while IDEA 8 year-old prevalence climbs from 0.27 to 0.36% for 1992–1994 and from 0.92% in 2002 to 1.03% in 2003. CDDS data, which are plotted in Fig. 7 for comparison although they are for California only, also increase from 1992 to 1994, with a trend slope similar to that of IDEA. Although there is a data gap in the CDDS 8 year-old tracking data from birth year

1998–2006, the 2014, 2016 and 2017 CDDDS reports suggest that prevalence continues to increase over those gap years.

Discussion

California Department of Developmental Services (CDDDS)

Overview of Trends and Current Prevalence

The CDDDS data featured in Figs. 1, 2, 3, 4 are widely considered the most reliable long-term record of autism prevalence trends in the United States (McDonald and Paul 2010; Autism Society San Francisco Bay Area 2015). The prevalence versus birth year curves suggest a dramatic increase over time, especially when viewed in the context of the full span of data extending back to birth year 1931, when the reported prevalence was only $\sim 0.001\%$ (Fig. 1). While a substantial fraction of the 1931 birth cohort was likely deceased by the time of the 2017 snapshot, this cohort had the same low prevalence at the time of the 1997 snapshot, when it was only in its 60s (Supplementary File S1). The increase from ~ 0.001 to 1.18% in the 2012 birth cohort has occurred gradually, with a slow upward creep starting as far back as the 1940s, but with several change points along the way,

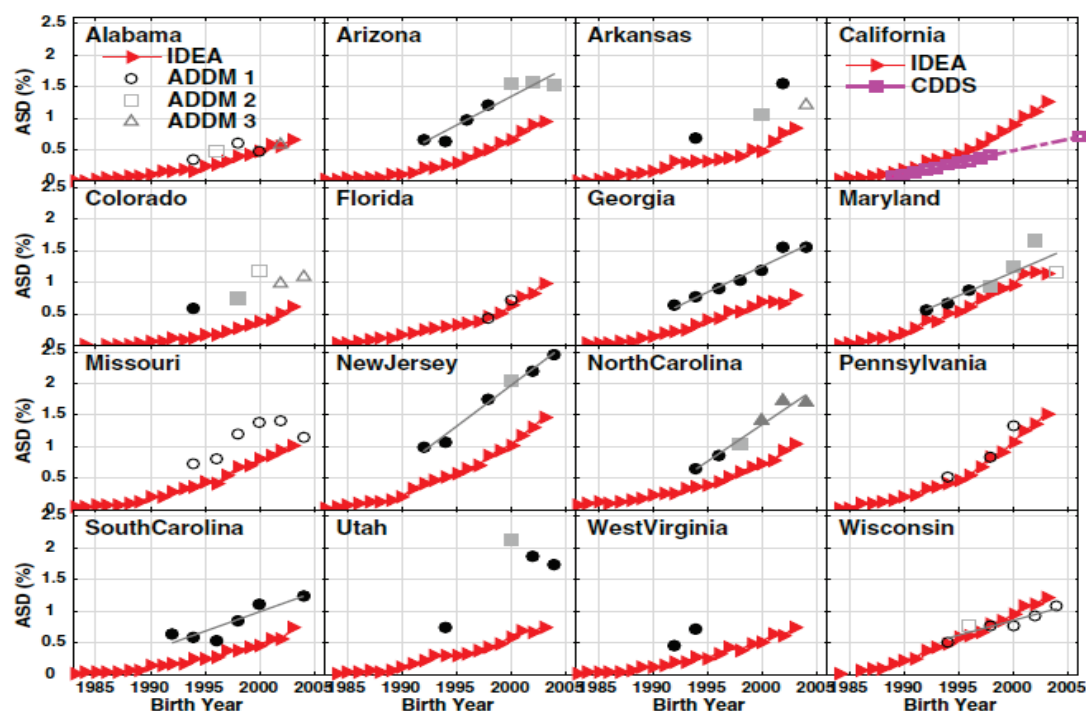


Fig. 5 Comparison of data tracking ASD prevalence among 8 yearolds from 3 different networks.

IDEA data (red triangles) tracking 8 year-olds over report years 1991–2011 (corresponding to birth years 1983–2003) are available for all states. In California, the IDEA data are compared to CDDS 8 year-olds (magenta squares) tracked from report years 1997–2006 and 2014 (birth years 1989–1998 and 2006). For all other states, the IDEA data are compared to ADDM 8 year-olds tracked biannually from birth years 1992–2004. Up to 3 different black or grey symbols are used for the ADDM data to denote shifts and inconsistencies in the number of counties sampled within each state in successive reports. In addition, the ADDM data are plotted as solid symbols for prevalence derived based on both health and education records and as open symbols when only health records were available. (Color figure online) around ~ 1980, ~ 1990, and ~ 2007, when the rate of growth accelerated.

The interpretation of the data is complicated by the redefinition of CDDS Code 1 from "autism, full syndrome" to AD in 2008, and by the further redefinition from AD to ASD at the end of 2014. The ~ 1980 and ~ 1990 change points noted above are relatively insensitive to these code changes, while the most recent birth cohorts are more likely to be affected. Although the entire 2017 snapshot in principle has been updated to the new DSM-5 definition of Code 1, due to the annual to triannual diagnosis update schedule, the point of entry into the CCDS system may be the single most important time for diagnosis; the CDDS regional centers in some cases may renew the date stamp of the Client Development Evaluation Report (CDER) without actively reviewing the diagnosis (Paul Choate, personal comm.). It is therefore possible that some of the new cases entering under Code 1 in the 2016 and 2017 snapshots would have been diagnosed with PDDNOS or Asperger's under the earlier DSM-IV criteria and thus would not have been allowed into the CDDS caseload.

However, several considerations argue against changing diagnostic criteria as the only or primary cause of the new uptick in prevalence in recent years, which started around birth year 2007. First, the 2007 uptick is evident already in the 2014 snapshot, in which Code 1 was defined as AD based on DSM-IV. Second, the CDDS caseload historically has covered the more se-

vere end of the ASD spectrum and likely continues to do so. The CDDS screening process is stringent in that it requires not only an autism diagnosis to qualify for services, but also demonstration of "significant functional disability" in at least 3 out of 7 life challenge areas. CDDS in fact raised the bar on this requirement in 2003 from a previously more lenient standard of 1 out of 7 (Autism Society San Francisco Bay Area 2015). This increased stringency makes the upward surge in prevalence around birth year

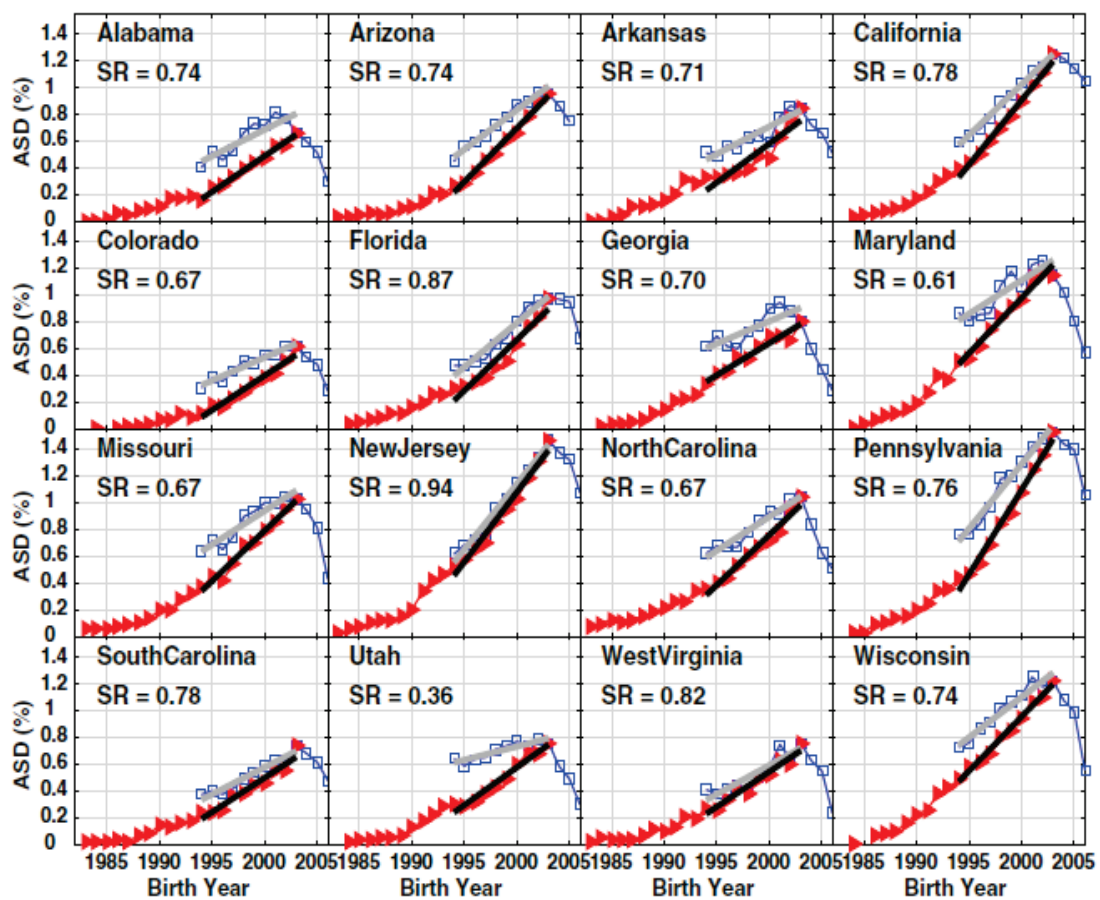


Fig. 6 IDEA data from 1991 to 2011 reports, comparing 8 year-old tracking data (red triangles) to 2011 IDEA age-resolved snapshot data (blue squares).

The slopes of the ASD prevalence increase over birth year interval 1994–2003 are determined by least squares linear regression and plotted as gray and black lines for the 2011 snapshot and 8 year-old tracking, respectively. The bsnap:btrack slope ratio (SR) is shown in each panel, representing the ratio of the grey:black slopes. (Color figure online)

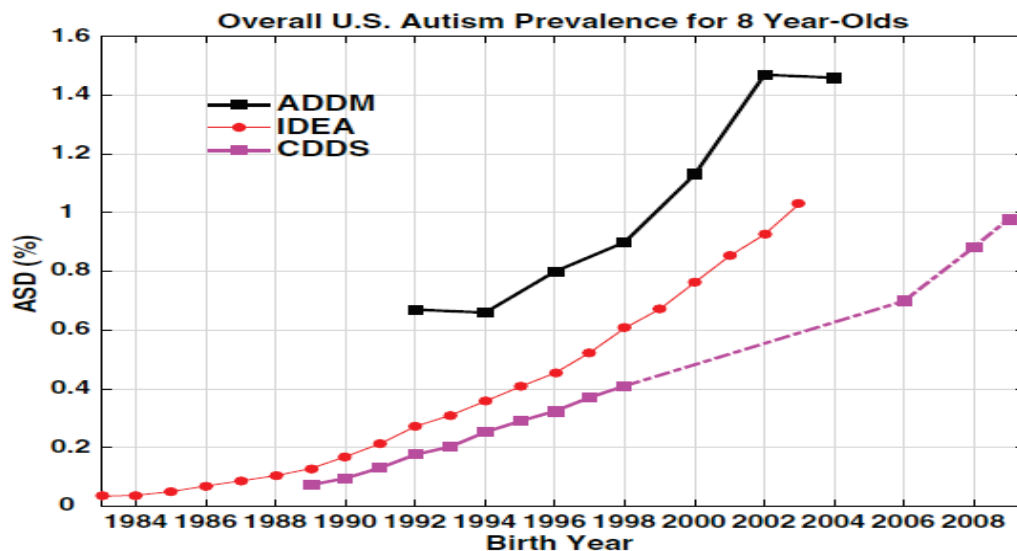


Fig. 7 Comparison of data tracking overall U.S. ASD prevalence among 8 year-olds from the IDEA and ADDM networks.

Also shown are the CDDS 8 year-old data (covering CDER Code 1 autism cases in California only). (Color figure online) 2007 even more remarkable. Third, although some milder cases may be allowed in initially as very young children, the annual to triannual diagnosis update process screens them out relatively quickly. Of 34,711 new Code 1 cases entering CDDS services after November 2014, nearly 3000 have subsequently been discharged, due either to moving out of state or no longer meeting the qualifying requirements (Paul Choate, personal comm.). The latter is the more likely reason, since CDDS historically has had a substantially lower attrition rate. Of those new cases still qualifying for services, 68% had an ASD impact scale rating of moderate, 7.5% severe and 24% mild.

Snapshot Evolution and Snapshot Versus Tracking Analysis

The thirteen different age-resolved reports spanning 1997–2017 provide a means to examine how the diagnosed prevalence of CDDS autism has evolved over the years among the same birth cohorts. The passage of time across this 21-year span of reports has allowed extensive opportunities for retroactive diagnosis, during an era of growing awareness, improved educational services and increasing availability of therapies and treatments. Accordingly, the birth cohorts from the late 1980s onward are characterized by modest but ongoing increases in diagnosed autism prevalence. These increases are evident

in the evolution of the CDDS reports over time (Fig. 3), as well as the growth in prevalence among individual birth cohorts with age (Fig. 4).

Autism by definition is either present from birth or has been expressed by age 3. However, even using as a baseline the prevalence at age 8 [the tracking age used by ADDM (CDC 2016)], Fig. 4 shows an ongoing increase in prevalence into adulthood by factors ranging from 1.35 to 2.5 (corresponding to absolute rises in prevalence of 0.11–0.15%). Part of this increase may be due to net migration into California (Fountain and Bearman 2011; Paragon Real Estate Group 2017), which is not accounted for in our prevalence calculation, since we use static live birth data for the denominator. Still, the ongoing upward revision is curious and lends support to claims that better and expanded diagnosis is driving at least part of the reported increase in these later birth cohorts (assuming the increase is not explained by immigration). However, the increases of up to a factor of 2.5 over time from age 8 onward among individual birth cohorts (Fig. 4) are small compared to the much larger increases that have occurred with time across successive birth cohorts. Across birth cohorts in the 2017 snapshot, CDDS autism prevalence has increased by a factor of 25 from birth years 1970–2012 and by a factor of 1000 from birth years 1931–2012.

Focusing on the most recent birth years of 1989–2009, the age-resolved snapshot versus 8 year-old tracking analysis shows that the trend slopes computed from these two independent methods are largely consistent. Both methods indicate a steep increase over time in Code 1 autism prevalence, with a slope ratio of 0.87 (Fig. 2). Nevison (2014) suggested that the $b_{\text{snap}}:b_{\text{track}}$ slope ratio of an autism prevalence versus time graph provides a rough estimate of the real fraction of the constant-age tracking trend. That interpretation, based on the slope ratio of 0.87, would suggest that 87% of the increase in CDDS autism tracked among 8 year-olds over the 1989–2009 birth year interval is due to a true rise in the condition. A caveat here is that the $b_{\text{snap}}:b_{\text{track}}$ ratio is sensitive to tracking age. When we repeat the calculations in Fig. 2, but with 6 or 7 instead of 8 as the tracking age, we calculate $b_{\text{snap}}:b_{\text{track}}$ ratios of 82 and 86%, respectively, over birth years 1991–2011 and 1990–2010. One reason

for the sensitivity of the $b_{\text{snap}}:b_{\text{track}}$ ratios to tracking age may be that the assumption of linearity, which is required for the calculation, starts to break down in recent years due to the new uptick in the prevalence data around birth year 2007. While the $b_{\text{snap}}:b_{\text{track}}$ method involves substantial uncertainty, it nevertheless provides an empirical, quantitative estimate of the real fraction of the increase in autism across CDDS birth cohorts over time, suggesting that $\sim 82\text{--}87\%$ of the tracked increase since birth year ~ 1990 may be due to a true rise in the condition. By implication, the residual $\sim 13\text{--}18\%$ of the increase is likely not real and may be due instead to immigration or better and expanded diagnosis.

There are three main hypotheses for how better and expanded diagnosis might lead to an apparent but nonreal increase in autism prevalence (Keyes et al. 2012): (1) diagnostic substitution, with intellectual disability typically named as the diagnostic substituent (Croen et al. 2002; Polyak et al. 2015), (2) diagnostic expansion, which often refers to the addition of Asperger's syndrome to the list of autism spectrum disorders, and (3) diagnostic oversight, which refers to the possibility that children who were overlooked in years past are now being identified, thanks to increased awareness among families and diagnosticians (Blaxill 2004). Hypothesis 1 is unlikely, since the trend in intellectual disability in California has been more or less flat over the time frame of the steep rise in autism (Shattuck 2006; Nevison and Blaxill 2017). Hypothesis 2 may be a contributing factor, given the several revisions to CDER Code 1 over the years, but is unlikely to be the main driver of the increases shown in Figs. 1, 2, 3, for the reasons discussed earlier. The third hypothesis, diagnostic oversight, also may be a viable explanation for some of the upward revision over time among specific birth cohorts shown in Figs. 3 and 4. However, we cannot ascribe the upward revision definitively to any specific hypothesis based on the high-level statewide data presented in this study.

In contrast to the birth cohorts from the late 1980s onward, there is little or no upward revision in diagnosis among the birth cohorts of the 1930s, 1940s and 1950s, and only small upward revision for the birth cohorts of the 1960s, 1970s and early 1980s (Figs. 3, 4, Supplementary File S1). The CDDS

datasets thus show no obvious evidence of a large, overlooked population of autistic adults in the 1931 through early 1980s birth cohorts. However, these cohorts were already in their teens or older by the time of the first available CDDS report in 1997. Thus, these cohorts, with the exception of the teenagers born in the early 1980s, in general were not covered by the Child Find mandate and it is unclear whether they would have the opportunity or incentive to be evaluated for ASD as adults if they were not already diagnosed as children.

Differences Among States and Data Networks

Previous studies based on assemblages of autism data from different places, reflecting different criteria, and grouped into irregular time or age bins have been unable to confirm a clear trend in the data. Further, the greater than threefold difference among 8 year-olds in an (early) ADDM survey between New Jersey and Alabama has been cited as a reason why changing diagnostic criteria have played a major role in creating the apparent increase in autism (Fombonne 2009). Our study concurs that autism prevalence estimates differ substantially among CDDS, IDEA and ADDM datasets and among states within the IDEA and ADDM networks. These differences, combined with the likelihood of strong gradients in prevalence as a function of age, suggest the need for caution in combining widely disparate datasets when evaluating time trends in autism prevalence or, more generally, when citing a single number [e.g., 1 in 68 (CDC 2016)] as the overall rate of autism.

A comparison of New Jersey and Alabama is instructive for understanding some of the reasons behind the large apparent differences in ASD prevalence among states and data networks. Our analysis also finds a more than threefold difference between ADDM prevalence in New Jersey versus Alabama in the most recent available common birth year, 2002 (Fig. 5), but much of the difference can be attributed to several identifiable factors. First, 8 year-olds are still substantially under-ascertained in Alabama while in New Jersey they are not. For the 2001 birth year cohort, comparison of 8 year-old and 10 year-old IDEA data (Supplementary Dataset S3) shows that prevalence among Alabama children was revised upward by 40% from age 8 to 10, whereas in

New Jersey 8 year-olds were more fully diagnosed, with only 4% upward revision from age 8 to 10.

A second factor involves differences in the regions sampled within each state. Taking birth year 2002 as an example, prevalence among 8 year-olds differs by a factor of 3.8 for ADDM between New Jersey and Alabama, but IDEA prevalence among 8 year-olds differs by only a factor of 2.3 between the two states. IDEA data cover the whole of both states. In contrast, ADDM typically surveys 4 urban counties in New Jersey, but samples Alabama broadly across 32 counties in the northern half of the state, comprising a mix of urban and rural areas. ASD prevalence in general tends to be higher in urban than rural areas, for reasons that are not clear but may involve enhanced exposure to beneficial environmental microbes in rural areas and/or higher levels of toxins in urban areas (Becker 2010; Dickerson et al. 2016). As a result, the different sampling strategies across the two states will tend to exaggerate the difference in ASD prevalence between New Jersey and Alabama.

If one combines these two factors (i.e., comparing at age 10 instead of age 8, and comparing IDEA prevalence across the whole of both states instead of ADDM prevalence in selected counties), one can account for much of the difference in ASD prevalence between New Jersey and Alabama. Indeed, the prevalence ratio is reduced from 3.8 to 1.5. This remaining ratio of 1.5 may or may not reflect a true regional difference between the two states. Regardless, each state individually shows a statistically significant increasing trend in ASD, and that trend furthermore is relatively consistent between the age-resolved snapshot and constant age tracking methods, when applied to IDEA data (Fig. 6; Table 2).

Another important consideration is that, within the ADDM network, New Jersey has more detailed and extensive records available and has access to information from both education and health sources in its ascertainment, whereas Alabama's case finding is limited to healthcare sources (CDC 2014). New Jersey's unusual alignment of snapshot and constant-age tracking slopes (cf. $b_{\text{snap}}:b_{\text{track}}$ ratio of 0.94 shown in Fig. 6) may indicate that New Jersey's educational records are more comprehensive than those in other states, leading

to more complete case finding. Here it is interesting and somewhat paradoxical to note that the IDEA and ADDM prevalence values tend to agree best in states in which the ADDM prevalence is estimated only based on health records (Alabama, Missouri, Wisconsin and Pennsylvania) (CDC 2014), while ADDM prevalence tends to exceed IDEA prevalence in states where ADDM has access to both health and educational records (Fig. 5). A detailed analysis in Utah found that ASD prevalence was higher when estimated based on both health and education data, with a greater proportion of cases ascertained from health records (Pinborough-Zimmerman et al. 2012). That analysis may explain part of the large discrepancy between ADDM and IDEA prevalence in Utah shown in Fig. 5.

Another important factor in these considerations is the extent to which milder forms of ASD are included in the definition of autism. Among the three data networks examined in this paper, autism prevalence increases in the following order: CDDS < IDEA $\leq$ ADDM (Figs. 5, 7). This ordering is broadly consistent with the inclusion or exclusion of milder ASD in these datasets. CDDS historically has been entirely AD and continues to focus on the more severely affected population under DSM-5, IDEA includes some milder forms of ASD in some states but not in others (MacFarlane and Kanaya 2009), while ADDM attempts to include all ASD subtypes. Here, it is notable that Asperger's cases have accounted consistently for only $\sim 10\%$ of the total ADDM cases over the reports (birth year 2000–2004) that provide this information (CDC 2012, 2014, 2016). However, given that the median age of Asperger's diagnosis is about 8 (Lingam et al. 2003), ADDM, which surveys 8 year-olds, likely misses the true number of Asperger's cases.

Inconsistencies in the ADDM Network and in Nationwide Prevalence

While ADDM data are commonly cited as the definitive metric of United States ASD prevalence, only 7 out of 15 ADDM states, as shown in Fig. 5, have an 8 year-old tracking slope b_{track} that is statistically different from 0 at the $p < 0.01$ confidence level. This was surprising because we had expected to be able to reject the null hypothesis for all b_{track} slopes simply due to better and expanded ASD diagnosis over time. However, inconsistencies in the ADDM

Network, as well as the small number of data points and missing years of data, may have contributed to the surprising ADDM btrack results. Among the 15 states surveyed over the history of the ADDM network, only 1 (Georgia) has consistently monitored ASD in the same subset of counties with complete coverage, including access to health and education data, over all seven available ADDM reports from birth year 1992–2004.

Another curious feature of ADDM data is that the network appears to underestimate the upward trend in nationwide ASD prevalence between birth years 1992–1994 and again between birth years 2002–2004 compared to IDEA and CDDS (Fig. 7). The ADDM numbers remain stable over both of these 2-year intervals, even as CDDS and IDEA prevalence continues to increase. One reason for the flat ADDM trend from 2002 to 2004 may have been that 2 states (Maryland and Arkansas), which had traditionally had access to health and education records in earlier ADDM reports, lost access to most of their education records in 2004 (CDC 2014, 2016). Accordingly, both these states reported a decrease in ASD prevalence from 2002 to 2004.

The flat ADDM trend from 1992 to 1994 trend may reflect the sensitivity of the nationwide ADDM mean to the changing set of counties and states surveyed. The overall mean is computed as the sum of all the ASD cases in the participating states divided by the sum of the total population surveyed. In both 1992 and 1994 the ADDM overall mean was about 0.66%, or 1/150. In 1992, six states were sampled, while in 1994, 14 states were sampled, including all original 6. If just the original 6 states had been sampled for birth year 1994, instead of remaining flat, the overall mean would have increased by 10% from 1992 to 0.74%. Each of the subsequent ADDM reports has brought a new shift in which and how many states are included. Each also has been accompanied by changes in the number of counties sampled within many of the participating states (Supplementary File S4). Given these uncertainties, it is unfortunate that restrictions on the availability of cohort-referenced IDEA data beyond the 2011 report will hinder systematic tracking of IDEA trends into

more recent birth years, making it difficult to compare future IDEA and ADDM nationwide trends.

Conclusion

CDDS autism prevalence has risen dramatically over the last 35 years, increasing from $\sim 0.05\%$ in birth year 1970 to nearly 1.2% in birth year 2012. The available data extending back to 1931 show a prevalence of only 0.001% in that birth cohort. Prevalence slowly increased from ~ 1940 to 1980 , at which time the first of several change points occurred, in ~ 1980 , ~ 1990 , and ~ 2007 , each associated with a new uptick in the rate of growth. The CDDS dataset suggests that prevalence has increased by a factor of 25 from birth year 1970–2012 and by as much as a factor of 1000 from birth year 1931–2012.

CDDS continues to exclude milder cases of autism, despite two different changes to its diagnostic criteria in the last decade. As a result, IDEA autism prevalence in California is substantially higher than CDDS prevalence. ADDM ASD prevalence in turn is substantially higher than IDEA prevalence in 11 out of 15 overlapping states, likely due to a combination of factors, including inclusion of all forms of ASD, access to health and education-based records, and disproportionate sampling of urban over rural areas in some states. While about half of ADDM states have non-significant 8 year-old tracking trend slopes, this is attributable in part to discontinuous or inconsistent data records and differences in completeness, suggesting the need for more consistent sampling strategies when evaluating time trends in overall ASD prevalence. The ADDM network states with the most consistent access to information from multiple (health and education) sources show the most strongly increasing ASD trends. Metropolitan New Jersey, for example, has been the leading indicator of autism prevalence in the ADDM network across the decade, with the most recent prevalence estimate showing ASD prevalence as high as 2.5% among 8 year-olds of the 2004 birth cohort (Zahorodny et al. 2014; CDC 2016).

Acknowledgments. The authors thank the California Department of Developmental Services (CDDS) for providing much of the data used in this study. We are particularly grateful to CDDS data analyst Paul Choate for his

detailed explanations of CDDS codes and practices. We also thank two anonymous reviewers for their helpful comments, which much improved the manuscript.

Author Contributions. CN conceived of the study, compiled the IDEA, ADDM and most recent CDDS data, and drafted most of the manuscript. MB compiled the 1997–2006 CDDS data and wrote parts of the Discussion. WZ provided detailed information about the ADDM data and wrote parts of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Compliance with Ethical Standards

Conflict of interest. CN, MB and WZ declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

Ethics Approval. The ASD counts used in this study involved datasets in which all relevant personal information had been de-identified prior to our activities and in which the data were aggregated by age at the state level. This project therefore did not require institutional review and approval.

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

References

1. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.

4. Autism Society San Francisco Bay Area. (2015). Autism rising: A report on the increasing autism rates in California.
5. Becker K.G. (2010). Autism and urbanization. *American Journal of Public Health*, 100 (7), 1156–1157. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.191007>.
6. Bettelheim B. (1967). *The empty fortress-Infantile autism and the birth of the self*. New York: The Free Press.
7. Bilbo S.D., Nevison C.D., & Parker W. (2015). A model for the induction of autism in the ecosystem of the human body: The anatomy of a modern pandemic? *Microbial Ecology in Health and Disease*, 1, 1–11. <https://doi.org/10.3402/mehd.v26.26253>.
8. Blaxill M.F. (2004). What's going on? The question of time trends in autism. *Public Health Reports*, 119 (6), 536–551. <https://doi.org/10.1016/j.phr.2004.09.003>.
9. Blaxill M.F., Baskin D.S., & Spitzer W.O. (2003). Commentary: Blaxill, Baskin, and Spitzer on Croen et al. (2002), the changing prevalence of autism in California. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(2), 223–226. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12757365>.
10. California Department of Developmental Services. (2003). *Autistic spectrum disorders. Changes in California caseload. An update: 1999 through 2002*. Sacramento C.A.
11. Centers for Disease Control and Prevention. (2007a). Prevalence of autism spectrum disorders Autism and developmental disabilities monitoring network, six sites, United States, 2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56 (SS01), 1–11. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5810a1.htm>.
12. Centers for Disease Control and Prevention. (2007b). Prevalence of autism spectrum disorders-Autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56 (SS01), 12–28. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5810a1.htm>.

13. Centers for Disease Control and Prevention. (2009a). Brief update: Prevalence of autism spectrum disorders (ASDs) – Autism and developmental disabilities monitoring (ADDM) network, United States, 2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 58 (SS10), 21–24.
14. Centers for Disease Control and Prevention. (2009b). Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 58 (10), 1–24.
15. Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61 (3), 1–19.
16. Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63 Suppl 2 (2), 1–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24670961>.
17. Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. *MMWR Surveillance Summaries*, 65(3), 1–23.
18. Chaidez V., Hansen R.L., & Hertz-Picciotto I. (2013). Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24193577>.
19. Croen L., & Grether J.K. (2003). Response: A response to Blaxill, Baskin, and Spitzer on Croen et al. (2002), the changing prevalence of autism in California. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33 (2), 227–229. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12757365>.
20. Croen L., Grether J.K., Hoogstrate J., & Selvin S. (2002). The changing prevalence of autism in California. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 32(3), 207–215.

21. Dickerson A.S., Rahbar M.H., Bakian A.V., Bilder D.A., Harrington R.A., & Pettygrove, S. (2016). Autism spectrum disorder prevalence and associations with air concentrations of lead, mercury, and arsenic. *Environmental Monitoring and Assessment* 188(7), 407. <https://doi.org/10.1007/s10661-016-5405-1>.
22. Fombonne E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591–598.
23. Fountain C., & Bearman, P. (2011). Risk as social context: Immigration policy and autism in California. *Sociological Forum*, 26(2), 215–240.
24. Frye R.E., & James S. J. (2014). Metabolic pathology of autism in relation to redox metabolism. *Biomarkers in Medicine*, 8(3), 321–330. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24712422>.
25. Gibbs V., Aldridge F., Chandler F., Witzlsperger E., & Smith K. (2012). Brief report: An exploratory study comparing diagnostic outcomes for autism spectrum disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1560-6>.
26. Goines P.E., & Ashwood P. (2012). Cytokine dysregulation in autism spectrum disorders (ASD): Possible role of the environment. *Neurotoxicology and Teratology*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22918031>.
27. Gurney J.G., Fritz M.S., Ness K.K., Sievers P., Newschaffer C.J., & Shapiro E. G. (2003). Analysis of prevalence trends of autism spectrum disorder in Minnesota. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 622–627. <https://doi.org/10.1001/archpedi.157.7.622>.
28. James S.J., Rose S., Melnyk S., Jernigan, S., Blossom S., & Pavliv O. (2009). Cellular and mitochondrial glutathione redox imbalance in lymphoblastoid cells derived from children with autism. *The FASEB Journal*, 23(8), 2374–2383. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19307255>.
29. Kanner L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250
30. Keyes K.M., Susser E., Cheslack-Postava K., Fountain C., Liu K., & Bearman P.S. (2012). Cohort effects explain the increase in autism di-

agnosis among children born from 1992 to 2003 in California. *International Journal of Epidemiology*, 41, 495–503. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr193>.

31. Lingam R., Simmons A., Andrews N., Miller E., Stowe J., & Taylor B. (2003). Prevalence of autism and parentally reported triggers in a north London population. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 666–670.

32. MacFarlane J.R., & Kanaya T. (2009). What does it mean to be autistic? Inter-state variation in special education criteria for autism services. *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9268-8>.

33. McDonald M.E., & Paul J. F. (2010). Timing of increased autistic disorder cumulative incidence. *Environmental Science & Technology*, 44(6), 2112–2118. <https://doi.org/10.1021/es902057k>.

34. Nevison C.D. (2014). A comparison of temporal trends in United States autism prevalence to trends in suspected environmental factors. *Environmental Health*, 13 (1), 73. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-13-73>.

35. Nevison C.D. & Blaxill M. (2017). Diagnostic substitution for intellectual disability: A flawed explanation for the rise in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47 (9), 2733–2742. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3187-0>.

36. Newschaffer C. J., Falb M.D., & Gurney J.G. (2007). National autism prevalence trends from United States special education data. *Pediatrics*, 115(3), e277–e282. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1958>.

37. Paragon Real Estate Group. (2017). Changing patterns in CA population migration & potential impacts of changing immigration policies and tax law. Retrieved March 2, 2018 from <https://www.paragonre.com/trends/california-state-to-state-and-foreign-migration-trends>.

38. Pardo C.A., Vargas D.L., & Zimmerman A.W. (2005). Immunity, neuroglia and neuroinflammation in autism. *International Review of Psychiatry*, 17(6), 485–495. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16401547>.

39. Pinborough-Zimmerman J., Bakian A.V., Fombonne E., Bilder D., Taylor J., & McMahon W.M. (2012). Changes in the administrative prevalence of autism spectrum disorders: Contribution of special education and health from 2002 to 2008. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 521–530.
40. Polyak A., Kubina R.M., & Girirajan S. (2015). Comorbidity of intellectual disability confounds ascertainment of autism: Implications for genetic diagnosis. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168(7), 600–608. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32338>.
41. Shattuck, P.T. (2006). The contribution of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in US special education. *Pediatrics*, 117(4), 1028–1037. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1516>.
42. Van Der Meer J.M.J., Oerlemans A.M., Van Steijn D.J., Lap-penschaar M.G.A., De Sonnevile L.M.J., & Buitelaar J.K. (2012). Are autism spectrum disorder and attention-deficit/ hyperactivity disorder different manifestations of one overarching disorder? Cognitive and symptom evidence from a clinical and population-based sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(11), 1160–1172. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.024>.
43. Volkmar F., & Reichow B. (2013). Autism in DSM-5: Progress and challenges. *Molecular Autism*, 4, 13.
44. Walpole R.E., & Myers R.H. (1985). *Probability and statistics for engineers and scientists* (3rd ed.). New York: Macmillan Publishing Company.
45. Wright P.W.D., Wright P.D. (2007). *Wrightslaw: Special education law* (2nd ed.). Harbor House Law Press, Inc. (ISBN–13:978–1892320162).
46. Zahorodny W., Shenouda J., Howell S., NS, R., Peng B., & Mehta U. (2014). Increasing autism prevalence in metropolitan New Jersey. *Autism*, 18(2), 117–126.

Roleska M., Roman-Urrestarazu A., Griffiths S., Amber N., Ruigrok V., Holt R., Kessel R., McColl K., Sherlaw W., Brayne C., Czabanowska K. Autism and the right to education in the EU: Policy mapping and scoping review of the United Kingdom, France, Poland and Spain [Text] /PLOS ONE. – 2018. – № 13 (8).

Abstract

Introduction. Autistic people may have different educational needs that need to be met to allow them to develop their full potential. Education and disability policies remain within the competence of EU Member States, with current educational standards and provisions for autistic people implemented locally. This scoping review aims to map EU and national special education policies with the goal of scoping the level of fulfilment of the right to education of autistic people.

Methods. Four EU countries (United Kingdom, France, Poland and Spain) were included in this scoping review study. Governmental policies in the field of education, special education needs and disability law were included. Path dependency framework was used for data analysis; a net of inter-dependencies between international, EU and national policies was created.

Results and discussion. Each country created policies where the right to free education without discrimination is provided. Poland does not have an autism specific strategy, whereas the United Kingdom, France and Spain have policies specifically designed for autistic individuals. Within the United Kingdom, all countries created different autism plans, nevertheless all aim to reach the same goal—inclusive education for autistic children that leads to the development of their full potential.

Conclusion. Policy-making across Europe in the field of education has been changing through the years in favour of autistic people. Today their rights are noticed and considered, but there is still room for improvement. Results showed that approaches and policies vastly differ between countries, more Member States should be analysed in a similar manner to gain a

broader and clearer view with a special focus on disability rights in Central and Eastern Europe.

1. Introduction

Autism Spectrum Conditions (ASC) are characterized by difficulties with social interaction, verbal and non-verbal communication, and restricted and repetitive behaviour; which are usually present since early childhood and continue during the life course [1]. The prevalence of autism has been steadily increasing, which in part, likely reflects changes in the diagnostic concept and criteria as well as greater awareness, better recognition, changes in the use of diagnosis, and earlier age of diagnosis [2–4]. The current median prevalence of autism across the globe is 0.62–0.70% [5], although the latest large-scale surveys report estimates of 1–2%. Similar rate is found in adults and with approximately 40% of autism cases being undiagnosed [2,6]. One of the main characteristics of this condition is the diversity with which symptoms appear and develop in those affected [1].

ASC has functional and financial impact on those affected and their families [7–9]. This impact ranges from high health expenditure and out of pocket payments for non-covered health services to low employment prospects, poor mental health, anxiety and wellbeing problems [7–9]. In order to tackle these problems and increase quality of life, autonomy, and insertion in society, the exercise of the fundamental right to education for autistic people in the European Union (EU) is crucial [10,11]. Due to the diversity of presentation and evolution of ASC, the educational needs of autistic people tend to differ across time and between individuals [11]. Provision for Special Education Needs (SEN) should be provided from early childhood, throughout the school years and extend to lifelong education to ensure that the full potential of people living with ASC in the EU is reached [1,12]. Regardless of the severity of the condition, inclusive education of autistic people has been endorsed both through the Universal Declaration of Human Rights (UDHR) (Article 26) [13] and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) [14], which has been signed by all EU countries. The CRPD is the first internation-

al, legally-binding Human Rights treaty that focuses solely on people with disabilities [14]. Member States that sign this treaty have the obligation to address problems and respect the needs of people with disabilities, including autism, such as the right to education. Specifically, the treaty sets out the right for all people with disabilities to be included in the general education system and receive required support (Article 24)[14]. Furthermore, Article 31 and 33 of the Convention lay down general conditions for the monitoring of the Convention specific obligations on States parties to monitor how the rights laid down in the Convention are being respected.

Although several areas of law are harmonized in the EU, public health remains within the competence of the Member States (Article 168) [15]. In this paper we hypothesize that the lack of harmonization in public health and education policy and common standard of policy making in EU countries has resulted in a gap of delivery of SEN provision and the fulfilment of the right to education of autistic people across Europe. In order to evaluate this we included four European countries, namely the United Kingdom (UK), France, Poland and Spain, countries as part of a wider project to map all 28 EU Member States SEN and ASC policy; aiming to create a comparative policy analysis that will culminate in a report of the differences that might be observed in ASC policy across the EU. Additionally, these countries were chosen based on the EDUCAUS which is a European consortium of autism policy researchers from the countries under study that took part in this research. The work carried out in this scoping review aims to first map International, EU and national ASC policies in the field of education across these four countries, to then expand all 28 EU Member States as part of a larger project. We use a policy path dependency methodology that links both the precedents of the UDHR and CRPD as main theoretical frameworks of reference. We aim to show main policy outcomes and the levels of interdependency between the different layers of policy developments to gain a clear view on the level of fulfilment of right to education and public health impact of autistic people across four EU countries.

2. Methodology

We chose to apply educational policy path dependency analysis using qualitative methods in the form of a scoping review to explore and analyse the links between education and human rights. We used a path dependence approach to our work in order to explain how at both the EU and local level the set of decisions that policy makers have faced in the field of ASC policy has been limited by the previous decisions and policy frameworks enacted in the past. This analysis will be based on a set of critical junctures and reinforcing reactive sequences as proposed by Ruth and David Collier in their work [16–18]. This methodology is suited for exploring research questions about policy pathways that are based on precedent legislation that pose critical junctures in ASC policy such as the UDHR [19]. It also allows us to conceptualize path dependence in ASC policy as a social process grounded in a dynamic of “increasing returns” [17]. Furthermore, it integrates competing ideas and values allowing exploration of the interactions among different countries and how they follow supranational guidance, such as guidance from the EU. Our purposive sample was chosen to facilitate a constant-comparative approach to policy and legislative data analysis, derived from path dependency. In the absence of a single, nationally representative data source in the EU, we adopted a modular approach to legislative and policy work across the different educational policy layers of analysis (International, EU and National).

2.1 Theoretical framework for path dependency

The use of a path dependence methodology enables for policy processes to be traced. It aims to (1) clarify what factors play a role in critical policy junctures, (2) create a reference framework and describe how decision-making processes come to conclusions, and (3) explain how stakeholder behaviour that occurs as a response to changes in the external environment is affected [17,20]. In this study, the UDHR was the critical juncture policy (1948), a breakthrough document that greatly swayed the creation of the EU and the content of its policies and that of its Member States. Time and policy were two variables depicted on a timeline to show their interdependency to enable further analysis. This allowed us to view policy creation as a historical sequence

and identify path dependence [19]. Current disability and autism policies are a result of precedent events that were tracked with this framework. All included policies were analysed by determining their input in the field of education, advantages and disadvantages, as well as their effect on other policies.

2.2 Data collection and search strategy

We included the UK (64.72 million people) (divided between England, Wales, Scotland and Northern Ireland), France (64.40 million people), Poland (38.61 million people) and Spain (46.12 million people) [21] as a sample of different policy initiatives across the EU and also considering that these countries represents a large percentage (42.36%) of the total EU population and this would allow us to comparatively assess a large proportion of people that might be affected in the EU by ASC and SEN policy. Moreover, the choice of countries allowed for an analysis across the EU, since it includes one Western EU country used as reference point (the UK) and one Western EU country used as comparison (France), one Eastern EU (Poland), and one Southern EU country (Spain) [22]. Among these countries, Spain and the UK operate under different levels of devolution and legislative systems, where the central government and the sub-regions and constituent countries each have their respective devolved policy areas they are responsible for [23,24]. We chose these countries to compare how devolution has affected autism policy. On the other hand, Poland and France operate a centralised legislative system, where the central government legislates for the entire nation [25,26], which is the reason why we chose them as case studies. We included these four countries as the initial step to map all 28 EU Member States ASC policy, work that will be carried out in parallel and will result in an EU wide report. The scope of ASC policies was narrowed to only include policies that relate to the national education system, the right to education, special needs education, and disability laws. Additionally, policies and documents relating to autism and educational policy of those younger than 18 years, with any comorbid health condition in any setting were eligible for inclusion. Legal documents provided by governments were included, whereas programs and strategies developed by non-governmental organizations were excluded. Furthermore, legislation was eli-

gible for inclusion as long as it was published after 1945. Constitutions were included regardless of publication date, because of their fundamental role in legislation.

The first step or identification stage was to extract relevant data from governmental policies and legislation that address the right to education of autistic people. Data was taken directly from their original sources in legal documents from the four countries included in this scoping review. No limits were put on language and foreign documents that were not translated into English.

There was just one governmental source for the United Nations (<http://www.ohchr.org>), two for the EU (<http://eur-lex.europa.eu>; <http://www.europarl.europa.eu>), five for the UK and its constituent countries (<http://www.legislation.gov.uk>; <http://www.gov.scot>; <http://gov.wales>; <http://www.wales.nhs.uk>; <https://www.health-ni.gov.uk>), three for Poland, (<http://dziennikustaw.gov.pl>; <http://orka.sejm.gov.pl>; <http://www.sejm.gov.pl>) two for France (<http://www.conseil-constitutionnel.fr>; <http://www.cnsa.fr>) and two for Spain (<http://www.congreso.es>; <https://www.msssi.gob.es/>). Moreover, no time limit was used during the searches, as the goal was to create a timeline of policies. The second step was to develop a multilevel search strategy that integrates policy and academic publications to search through electronic databases (PubMed, Google Scholar) and the abovementioned governmental sources using a combination of text words and index terms. Words included in our search were "autism"; "disability"; "SEN"; "education"; "law"; "policy" and the following combinations "autism & law"; "autism & policy"; "autism & SEN"; "autism & education"; "autism & disability"; "SEN & policy"; "SEN & law"; "disability & law"; "disability & policy". We adapted the search strategy for each database, for example through multiple translations of the index terms so that lingual differences were accounted for as much as possible. Then, in a third step of screening, we amalgamated both policy and academic publications. Legal and policy documents provided by the governments were included after testing in the eligibility stage, whereas programs and strategies developed by non-governmental organizations were excluded. The fourth step of our search strategy was to obtain further information through searching reference lists and grey literature. Policy documents and governmental strategies in selected countries were now compared to and aligned with the EU disability

and educational policy. In case mentioned documents were not present, general disability policies and legislation were analysed. This was built on an independent appraisal of three searches: one looking for ASC and educational policy in the international level, one for the EU and one looking for the individual countries. The fifth step was merging these three geographical searches into a single data repository for the purpose of our scoping review. All data collection and analysis were based at the Autism Research Centre and Institute of Public Health University of Cambridge.

2.3 Data analysis and path dependency

An analysis of policy path inter-dependencies between current and past EU and national policies in the field of education and ASC was performed. Path dependence technique enables to identify patterns of policy-making and establish influences and inter-relations between policies in linear layers of temporal policy [17,19]. It also allows for policy process-tracing, aiming at elucidating what factors are present in critical policy junctures for (a) creating a reference framework, (b) how this decision process comes to conclusions, and (c) the actual behaviour that then occurs across different stakeholders in reaction to this and (d) how it affects institutional arrangements [17,18]. In this case, initial policy was the UDHR (1948), a milestone document that influenced both the creation and the content of EU as well as national policies that then went in the direction of recognizing and considering fundamental human rights. Time and policy were two variables presented on a timeline to show their linkage and overlap to facilitate further analysis. This enabled us to see policy creation as historical sequences and patterns and identify path dependence [19]. Current disability and autism policies are a result of previous events that were tracked using this framework. Each policy was analysed by identifying its input in the field of education, pros and cons, as well as relation to other policies.

3. Results

We identified 18 sources through database searches (PubMed and Google Scholar) and 91 additional records through governmental sources at the study identification stage. At this stage we observed no duplicates and therefore we included 109 studies and policy documents for the screening stage. During the screening of 103 records (6 records were excluded since they

were different in scope), we excluded 54 records that did not meet our inclusion criteria after which we were able to include 49 records assessed for eligibility with four articles and/or policy documents excluded at this stage. The final number of sources included in our qualitative analysis was 45, all being policy documents. A full list of the policy documents used in this paper is available (S1 File). Please see our PRISMA flow chart (Fig 1) for the details of the results of the search strategy of this scoping review. With these inputs we created a timeline of policies for each country to present the results. Fig 2 shows policies relevant in the field of education internationally, in the EU, France, Poland and Spain, whereas Fig 3 covers the UK.

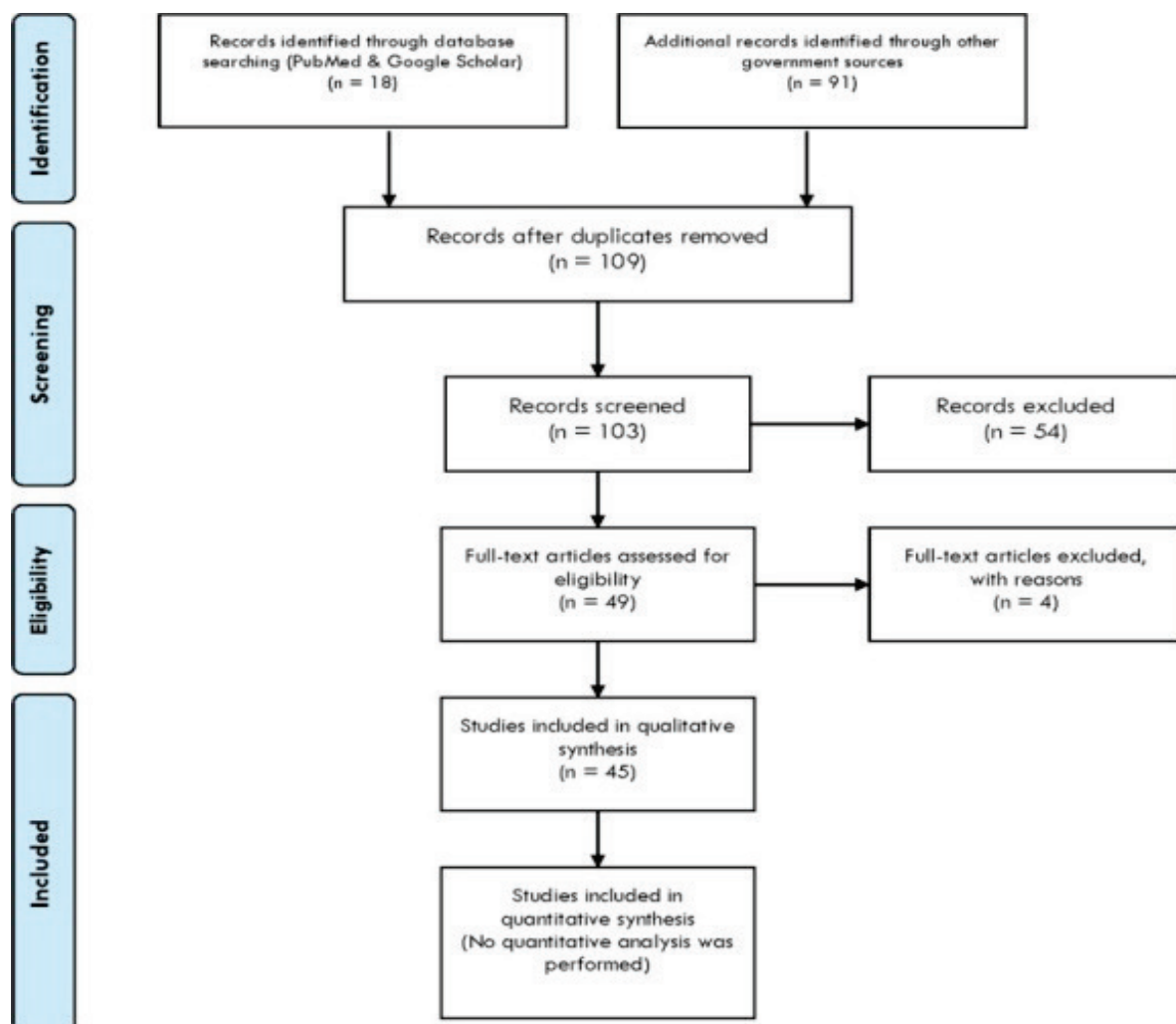


Fig 1. An overview of the search strategy depicted in PRISMA flowchart.

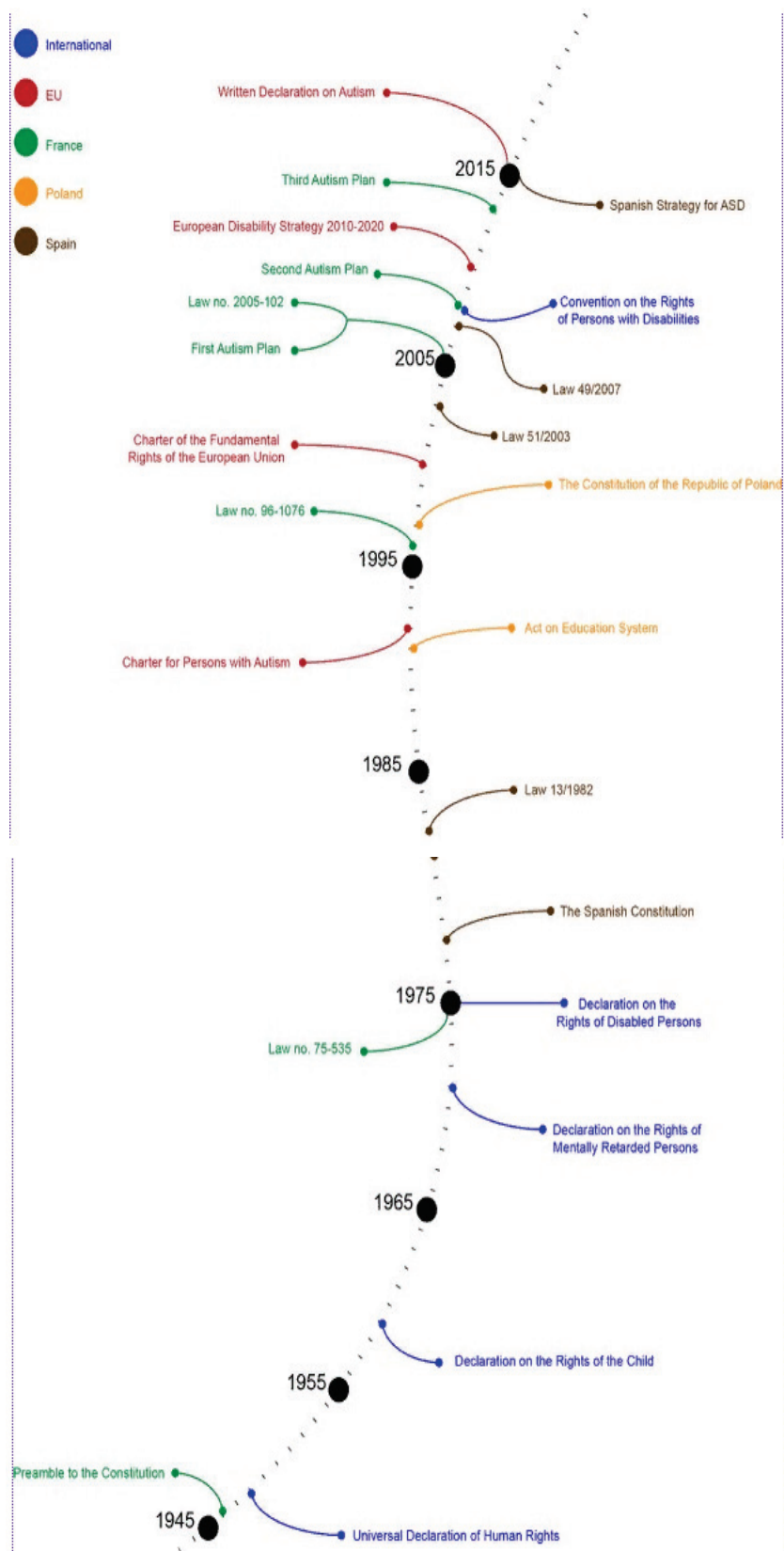


Fig 2. An overview of international, EU, French, Polish, and Spanish policies on SEN and autism.

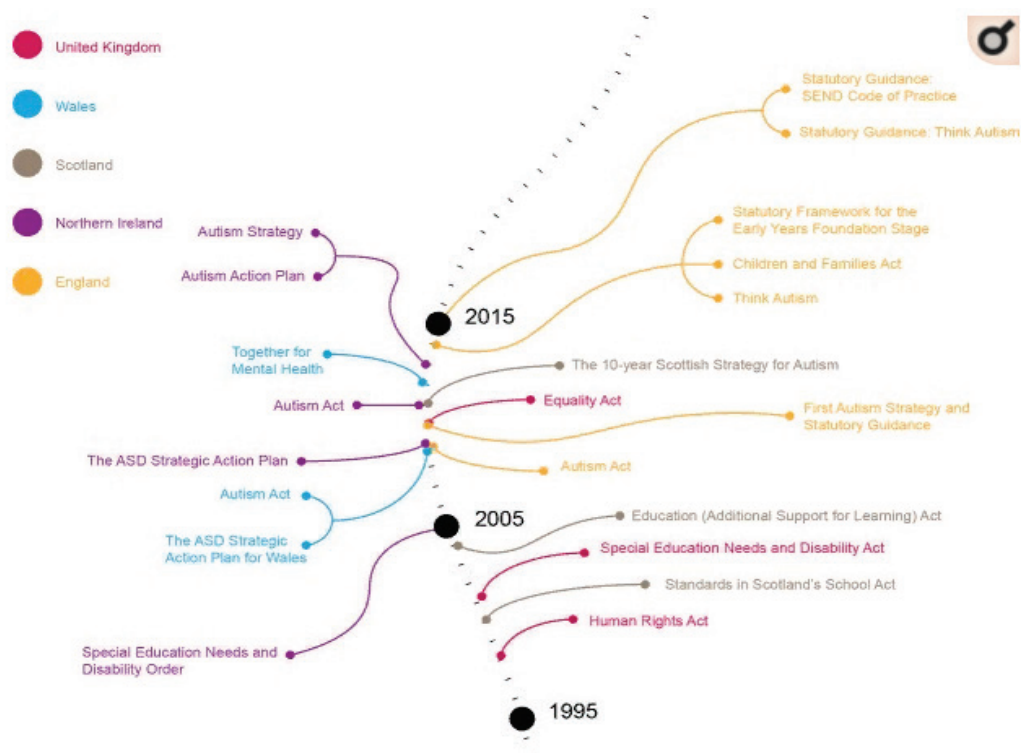


Fig 3. An overview of the SEN and autism policies in the UK and its constituent countries.

3.1 International level

The paramount act that mentions the right to education in modern times is UDHR [13]. In Article 26 it is stated that everyone has the right to education and that the aim of it should be to fully develop people's potential [13]. Although the UDHR states that everyone, without distinctions, has fundamental rights they are entitled to, United Nations proclaimed that children require special care and assistance [27]. Therefore, shortly afterwards, in 1959, Declaration of the Rights of the Child was adopted by the United Nations. Principle 5 of the Declaration of the Rights of the Child states that if a child has special needs because of their mental or physical condition, appropriate treatment, education and care should be provided [27].

This declaration, along with the UDHR, require signatory countries to ensure all children have access to education that is provided without discrimination in relation to, for example, their disability or ASC diagnosis. After these two ground breaking Declarations, the Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons from 1971 was instituted which restates in Para-

graph 1 that all people should have equal rights, and in Paragraph 2 that the right to education should be respected with the aim to fully develop potential for those with disabilities [28]. As the 1971 declaration only applied to persons with intellectual disabilities, a need to expand and define the scope of rights meant that in 1975 the Declaration on the Rights of Disabled Persons was signed, that in turn expanded the concept of disability and then proceeded to include all people with disabilities also clearly defining the term ‘disability’ [29]. The term disabled person was defined as ‘any person unable to ensure by himself or herself, wholly or partly, the necessities of a normal individual and/or social life, as a result of deficiency, either congenital or not, in his or her physical or mental capabilities’. Autistic people, therefore, are within this definition. All documents described above only lightly touch upon the right to education and do not state the type of education that should be provided and failed to define implementation strategies [13,27–29]. Nevertheless, because of these documents, countries were obliged to include and take into consideration the needs of persons with disabilities, including autism, when creating their legislation [13,27–29]. These international documents influenced most EU policies.

Article 24 of the CRPD that was signed by the United Nations in 2006 clearly explains and delineates in detail the type of education to be provided as well as the aims and support that should be given to people with disabilities [14]. The CRPD states that education should be provided without discrimination, be inclusive and aim at development of full potential, talents, personality and creativity [14]. Persons with disabilities cannot be excluded from mainstream schools and free, inclusive primary and secondary education should be granted [14]. There should also be an equal access to vocational training and adult education [14]. Although CRPD is an important document for autistic people, it does not directly mention autism, or other specific disabilities. This is one of the shortcomings of CRPD, as it does not give a definition of disability, but states it is an ‘evolving concept’ that can be treated very broadly, and be both an advantage and disadvantage. As the document sets rights for people

with disabilities, a firm definition of what is meant by disability ought to be provided.

3.2 EU level

With this international discussion based on human rights, in 1992, the Charter for Persons with Autism was created by Autism-Europe [30]. This Charter directly referred to the Declarations, of Human Rights and on the Rights of Persons with Disabilities, in Point 3 of the Charter says autistic people should have access to appropriate education and Point 6 states the right to support that enables them to live to their fullest potential [30]. This document is very specific and directly mentions autistic people, therefore differs from previous documents that defined disability very broadly and made it difficult to clearly define the scope of their application in the sphere of education.

As the rights and freedoms that are protected in EU regulations were established through time in different forms, in 2000, they were collected into one, legally binding document-the Charter of Fundamental Rights of the European Union. Highlighting these rights by creating the charter aimed to enhance their protection and help create a closer union based on common values (Preamble) [31]. Article 14 states the right to education and vocational training for everyone, although autism is not explicitly mentioned [31].

In 2010, European Commission adopted the European Disability Strategy 2010–2020 that highlighted that inclusive education of children with disabilities is important and beneficial for their development [32]. Autistic People are not specifically mentioned by the strategy, and similar to the CRPD, disability is treated as one unified concept. As a result, the strategy aims to tackle the common needs and difficulties of persons with all forms of disabilities and conditions. This effort is put on inclusive education, which is consistent with CRPD and can be beneficial for autistic people.

In 2015, the Written Declaration on Autism was adopted by the European Parliament and co-signed by 418 Members of European Parliament. Point 3 of this Declaration states the importance of early diagnosis of autism to be able to provide appropriate support and education [33]. Moreover, in Point 5, Commission and Council were called upon to create an European Autism

Strategy to ensure needs of people with the condition are met and to expand autism research and prevalence studies [33]. So far, no European Strategy for Autism has been developed, nevertheless, a conference was hosted by the European Parliament to establish what is needed to adopt such strategy.

3.3 United Kingdom

3.3.1 England.

Until now, the UK has implemented numerous policies that are relevant for autistic people in the field of education. However, many of these policies are not applicable in all of the UK because of different levels of devolution to the constituent countries. Out of the numerous pieces of UK legislation, Human Rights Act 1998 is an example that specifically mentions the right to education that shall be guaranteed to every human being (Part II, Article 2) [34]. On one hand that could give the UK Government a wide discretion to implement strategies in the most convenient or effective way. On the other end, lack of more structured approach to serving the interests of people with different disabilities implies less robust frameworks, with much less accountability on the side of the Government. In 2001, the Special Educational Needs and Disability Act was enacted, which states children with disabilities are able to attend mainstream schools (Part 1, 1) [35]. Moreover, people with disabilities cannot be discriminated against, special needs shall be respected and equal opportunities provided (Part 2, Chapter 1) [35].

The most important legislation for autistic people in the England and Wales is the Autism Act 2009, which, regardless of being an important step in the area of recognizing the rights of autistic people, applied only to adults. This was a major drawback, as ASC starts in early childhood and the need to ensure adequate education and support for children is crucial to secure insertion in society. The Parliament did not specify the reason as to why the Act did not include children, so it can be speculated that autistic children were at the time under protection of other documents, such as the Special Educational Needs and Disability Act. Due to the limited scope of the Autism Act, the strategies produced by the English Government [36,37], strategy mainly fo-

cused on improving autism diagnosis, helping adults with autism get employed and access support [36].

In 2010, Equality Act was passed by the UK Parliament (not applicable in Northern Ireland), that stipulated that children with disabilities should not be discriminated against (Article 88-Schedule 10) [38]. In 2014, Statutory Framework for the Early Years Foundation Stage came into force that was neither disability, not autism specific, nevertheless mentioned children with special needs and their rights in the field of education. According to this framework, special needs of children should be recognized and acted upon with specialist support (Paragraph 1.6) [39]. These Framework mentions that children have different abilities, therefore they have different needs and learning plans should to be targeted to areas where the child may perform weaker (Paragraphs 2.4, 2.10) [39]. This is important as it increases the chances of autistic children to complete the program and graduate, if education plans are tailored to their unique needs.

Shortly after this framework, Children and Families Act 2014 came into force in England. This Act is of high importance for autistic people as it introduced a Special Educational Needs and Disability (SEND) Support System that covers education, health and social care [40]. The Children and Families Act led the English Government to create another autism strategy, as the first one applied exclusively to adults. In 2014 England came up with their second autism strategy, called Think Autism. It highlighted the importance of education settings, such as the correct lighting as well as quiet areas as beneficial for autistic people (Paragraph 4.7) [41]. This Strategy also recommended increased training for staff that work with autistic people to broaden their knowledge and understanding to be able to adjust their behaviour when dealing with people with the condition (Paragraph 4.8) [41]. Processes of transition between different levels of education can be stressful for those with ASC, therefore the strategy proposed good transition planning in schools to address the needs of autistic people (Paragraph 11.2) [41]. The Strategy also refers to the Education, Health, and Care plans introduced by the Child and Families Act 2014, as these plans aim to be person-centred and bring benefits for autis-

tic people (Paragraph 11.5) [41]. Moreover, The Department for Business Innovation and Skills (BIS) provides Learning Support funding to colleges to ensure any additional needs of autistic people are met so that they can participate fully in education (Paragraph 11.6) [41].

Closely related to the Think Autism was the Statutory Guidance that came a year after the Strategy. The Guidance additionally mentions that post-16 providers should offer courses that are challenging and help autistic students to improve (Paragraph 3.20) [42]. Traineeships are also mentioned to give autistic people skills needed for future work (Paragraph 3.24) [42].

Lastly, Statutory Guidance-Special Educational Needs and Disability Code of Practice: 0 to 25 years from 2015 introduced important rights for autistic people. Here, the right to education on equal basis with others was also mentioned (Paragraphs 1.26, 1.27, 1.28, and 4.37) [43]. Additionally, the aim should be to develop full potential and develop creativity, talents and ensure participation in society is enhanced (Paragraphs 1.22, 1.31, 1.34, 1.39, 6.1, 6.2, 7.6, and 7.13) [43].

Policies in England are well aligned with Article 24 of CRPD, equal access to inclusive education as well as the aims of education to develop potential and lead to independence are present in the documents described above. The importance of developing unique skills and creativity is also included. Individualised support for autistic people mentioned in CRPD is also in place in England.

3.3.2 Wales.

The Autism Act 2009 applied to England and Wales and governments of these countries came up with two separate strategies. The reason for that was arguably to comply the strategies with the specific demands of local environments that required more adjusted implementation plans. For the purposes of the work that was carried in this scoping review study, the common legal basis for both strategies allow for an adequate comparison of the results in both countries. The Autistic Spectrum Disorder (ASD) Action Plan for Wales was introduced in 2009 that set actions to be achieved within 10 years. This Strategy refers to previous policies and does not introduce any new rights, neverthe-

less is an important document for people with the condition as it is a summary of the rights they can exercise in Wales. The importance of appropriate education and its long-lasting positive effects were highlighted. Needs of autistic people vary, nevertheless they all have the same rights to education (Paragraph 5.2) [44]. School curriculum should be adapted and tailored to the person to provide successful education (Paragraph 5.3)[44]. Additional funding is given by the Welsh Government to ensure colleges are able to provide support for autistic people (Paragraph 5.10) [44]. There are traineeships and apprenticeships available for people with the condition to improve their chances of proceeding into employment (Paragraph 5.15) [44].

Welsh Government also came up with a 10-year strategy called Together Mental Health that does not specifically mention autism, nevertheless touches upon needs of persons with mental health problems. The strategy mentions the importance of increasing education and employment by cross-government approach (page 11) [45]. Moreover, education providers should ensure that early school experience is good and that support is provided (Technical Annex 3)[45].

3.3.3 Scotland.

Apart from legislation that is passed by the UK Parliament, there were several relevant policies that came into force in Scotland. Starting in 2000, Standards in Scotland's Schools Act stated that development of full potential, talents and personality should be one of the aims of education (Article 15) [46]. Education (Additional Support for Learning) Act was passed in 2004, afterwards replaced by 2009 Act that established the need to identify and act on special needs of children and provide appropriate support (Paragraph 4) [47].

To this day, the most important legislation in the field of rights of autistic people passed in Scotland is the 10-year Scottish Strategy for Autism from 2011. Goal number 3 of the Strategy, 'Whole-life journey', highlights the need to identify and incorporate good-practice guidance in the field of education of autistic people [48]. This strategy also recognizes transition as an important period for autistic people, therefore recommendation number 18 deals with

transition planning. Good practice guidance is to be established to help people with the condition make transitions in day-to-day life easier [48].

Policies passed by the UK Parliament that apply in Scotland along with policies introduced by Scottish Government form a combination that is consistent with Article 24 of CRPD on education. To policies that apply in the whole of the UK, Scotland's addition in the form of a 10-year autism strategy is important as it shows that persons with the condition are noticed and their rights and needs are recognized by the Scottish Government.

3.3.4 Northern Ireland.

Similarly to other UK countries, in Northern Ireland, persons with disabilities should not be discriminated against when it comes to school admissions (Article 14 (1) [49]

The first autism-specific policy in Northern Ireland stated that after diagnosis, special support needs should be identified in numerous fields, including education (Paragraph 27)[50]. In 2011, the Parliament of Northern Ireland passed an act that required the government to create an autism strategy within 2 years [51]. The strategy was expected to show how needs of autistic people are addressed when it comes to education, health and social needs. In 2013, the autism strategy was created with 11 key themes and 16 priorities with education being one of them [52]. Northern Ireland is the first of UK- member countries to stress the importance of support given to parents along with the emphasis to get them involved. One of the priorities establishes that education should lead to improvement of preparation for life and work. The same priority mentions the importance of working together to improve early diagnosis of autism and identify and adopt good practice in the area of meeting the needs of people with the condition (Priority 8) [52]. According to the strategy progress report published in 2015, the Department for Employment and Learning offers services to autistic people, such as guidance to achieve highest level of education and advice on possible career paths (Paragraph 4.2) [52]. Moreover, a School Training Programme had been delivered to 3.500 persons with the condition (Paragraph 7.2) [52].

Although many pieces of UK legislation do not apply in Northern Ireland, they formulated acts, plans and strategies that are very autism-specific. Their first ASD Strategic Action Plan was the earliest autism-related strategy in the UK. Autism policies in Northern Ireland in the field of education are in full alignment with Article 24 of CRPD on education.

3.4 Poland

Starting in 1991, Act on Education System was passed by Polish Government that stated the right to education for everyone (Article 1(1) [53]). It is important to note that this Act was the first piece of legislation in the field of education after the democratic changes in 1989. It establishes that support should be given to children who need it and teaching methods should be tailored to pupils' abilities (Article 1(4)[53]. Moreover, persons with disabilities have a right to attend either mainstream or special school, depending on their needs and preferences (Article 1(5) [53]. The Act also mentioned that free transport to school for children with disabilities should be organized, or parents should be refunded if transport is provided by them (Article 14a, Article 17(3a) [53]. Moreover, mainstream schools should be organized in a way that enables children with disabilities to be an active part of it (Article 17(1) [53]. In 1997, The Constitution of the Republic of Poland recalled the right to education for everyone (Article 70(1)) [54].

To this day there is no autism-specific legislation in Poland. However, in 2013, Charter for Persons with Autism was signed by Sejm (the lower house of the Polish parliament) which is based on the Charter for Persons with Autism adopted by the European Parliament in 1996 [55]. Autism-Poland sent the project to committees of the lower house of the Polish parliamentsuch as Health Committee and the Committee on Justice and Human Rights. The parliament initially rejected the charter as ministries argued that autistic people fall under the disability laws and their rights are also included in many other documents (e.g. the CRPD). However, after discussions it was agreed that autistic people require specific provisions, and the Charter was adopted. Nevertheless, it is not binding, and its main aim is to bring attention to autism and highlight that autism specific needs should be taken into consideration in poli-

cy-making as well as when creating governmental programs and interventions. In regards to education, it is mentioned that education shall be easily accessible and free, tailored to specific needs of autistic children (Point 3) [55].

Policies in Poland are the most general of all countries analysed in this paper, as disability-specific and autism-specific policies in the field of education are absent. Basic rights, such as the right to education are provided, but there are no strategies in place to ensure this right is exercised. If there are no dedicated laws and specific legislation for autistic people, provisions are very general as not much can be drawn from the constitution itself. Such system makes it almost impossible for autistic people to claim the rights they ought to be entitled to.

3.5 France

Even before the UDHR, the Preamble to the French Constitution stated that there should be equal access to free, public education and vocational training provided by the state (Article 13)[56]. In 1975 a France Law was passed that introduced the legal concept of a person with disabilities, but no definition was established, what made the concept dependant on certain circumstances [57]. This law was then modified in 1996 and recognized that autism requires multidisciplinary support because of the varying needs of persons with the condition. According to this Law, the Government had a duty to submit a report including information on current care of autistic people as well as the prevalence of autism in children and adults (Article 3) [58].

In 2005, law on equal rights and opportunities, participation and citizenship of people with disabilities was passed by the French Parliament and was considered a landmark legislation [59]. Autism was not mentioned in this document, nevertheless it stated that needs, including education, of all people with disabilities need to be met as a form of compensation for the consequences of their disability (Article 11) [59]. Persons with disabilities should also be admitted to school closest to their home (Article 19) [59]. Teachers shall receive training on disability awareness and education of persons with disabilities (Article 19) [59].

To date, France has introduced three autism strategic plans. The 2005–2007 strategy aimed to increase school attendance of autistic children in mainstream settings [60]. Emphasis was also put on increasing teacher training, and a Autism Resource Centre was created to further increase support [60]. The 2008–2010 strategy also placed importance on improved teacher training in the field of autism [61]. The 2013–2017 strategy is currently in place and put more emphasis on education than two previous strategies [62]. The plan is divided into 5 strands: early detection, lifelong support, family support, research and training and raising awareness for professionals in the field of autism. Early detection of autism (at 18 months) combined with educational, behavioural and developmental support was mentioned in the plan (Strand 1)[62]. Action Sheet 33 builds on this goal and specifies that training should be provided to all professionals and should involve both types of staff: those that teach students in national education and those that fall under responsibility of local and regional authorities [62]. Strand 2 (B, 4) mentions support given to mainstream schooling by providing extra 550 places in special education and home care services (SESSADs) [62]. Interestingly, the EHESP French School of Public Health was also involved in setting up professional training to support a new vision on education and training of autistic people which in the past had been extensively informed through psychoanalytical doctrine.

France introduced numerous policies that support autistic people in the field of education. High emphasis was put on teacher training what is also mentioned in Article 24 of CRPD on education. Similar to the UK and Spain, France created autism plans to ensure the rights of persons with the condition are fulfilled.

3.6 Spain

The Spanish Constitution from 1978 in Article 27(1) stated that everyone has a right to education and in Article 27(2) and that education should be directed at meeting their full potential [23]. Reaching potential of autistic people means their true abilities and passions, that may be hidden due to the condition, are discovered and nurtured so they can live their lives to the fullest. This is the first constitution to not only mention the right to education but also

its aims. Moreover, Article 49 mentions the need to integrate people with disabilities as well as ensure special attention to their needs is given [23].

In 1982, Law on the Social Integration of the Handicapped was passed in Spain. Article 23(1) stated that people with disabilities should be integrated, attend mainstream schools and be provided with support (Law 13/1982). Article 23(2) stated that special education will only be provided if the child cannot be integrated into the mainstream school (Law 13/1982). Considering the wide spectrum of autism conditions, the effect of this legislation might be that autistic people might not receive the special treatment they require. Article 26(2) mentioned the aims of individualized education, such as; broadening knowledge and acquiring habits to enhance the chance of future independence and autonomy as well as developing personality and skills needed for future work so they are able to live a fulfilling life (Law 13/1982). Spain is the first country that recognized these rights early on, with the aforementioned articles in alignment with the CRPD but also directing focus and attention to the importance of self-development and fulfilment of people with disabilities as well as appropriate staff training. The Non-Discrimination Act (Law 51/2003) and the Equal Opportunities Act (Law 49/2007) are two other pieces of legislation that are not autism specific, nevertheless are relevant in the field of disability discrimination in Spain since they provided a strong basis against discrimination against autistic people.

In 2015 Spain adopted their first strategy for autism [63]. The strategy aims to improve the quality of life of autistic people and address their needs. Objective 2 of the strategy is focused on individualized and high quality education of autistic people whereas Objective 3 states that teaching methods should be adapted to be able to meet that goal of inclusion and personal development of autistic people [63]. Objective 4 mentions that students with autism should be encouraged to take part in educational as well as extra-curricular activities [63]. Objective 5 states that each autistic person will not only have different needs but also different aspirations and objectives, therefore the individualised education and evaluation should be provided [63]. The importance of identification, evaluation and implementation of good practice when it

comes to education of autistic people is mentioned in Objective 6 [63]. Similarly to the UK, Spanish strategy in Objective 10 also recognizes difficulties that come with transitions between different stages of education, therefore continuous support should be provided and employment training should be increased [63]. Spanish disability policies have been developed and improved through the years are in full alignment with Article 24 of CRPD on education. Spain can be used as an example of policy-making that considers the rights and needs of autistic people. Nevertheless, more research should be conducted to establish whether the implementation and real effect of their strategies are successful and truly improves lives of persons with the condition.

4. Conclusion

There is a growing need to ensure the human rights of autistic people, such as that the right to inclusive education, are met. Autistic people should be given the opportunity to develop their full potential when given the right chance to flourish within a mainstream school setting. Individualized support in the field of education is required to enable them to lead life as autonomously and interdependently as possible.

The path dependency methodology used in this scoping review enabled us to explore interactions between policies from three different layers (International, EU, National) to answer our research question which was to establish current disability, SEN and education policies relevant for autistic people in four EU countries. The analysis of national policies in the UK, France, Poland and Spain showed they have been thoroughly influenced by international and EU policies through the years. Starting in 1948, the UDHR set standards that had to be met by all future national policies. This, partly, proved to be the case, as all countries analysed in this study had policies in place that guaranteed the right to education for everyone and stressed the importance of non-discrimination and equal opportunities for all. However, the scope and specificity of these documents differed between countries, with Poland having most general disability policy of all and being the only country without an autism strategy in place, whereas the UK, France and Spain had autism-specific plans

present that were in alignment with Article 24 of CRPD. All UK countries had disability and autism-specific laws and legislation in place, nevertheless the approach and plan of action differed between its member countries. Our research showed that countries have increasingly noticed the importance and uniqueness of autistic people and progressively adapt their laws and strategies.

References

1. Falletti T.G. Theory-guided process-tracing in comparative politics: something old, something new. *News Organ Sect Comp Polit Am Polit Sci Assoc. Notre Dame*; 2006; 17: 9–14.
2. Pierson P. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. *Am Polit Sci Rev.* 2000; 94:251–267. <https://doi.org/10.2307/2586011>
3. Collier R.B., Collier D. Shaping the political arena: Critical junctures, the labor movement, and regimedynamics in Latin America. 2002;
4. Mahoney J. Path dependence in historical sociology. *Theory Soc.* 2000; 29: 507–548. Available: <http://webarchiv.ethz.ch/soms/teaching/OppFall09/MahoneyPathDependence.pdf>
5. Collier R., Collier D. Shaping the Political Arena Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in. 2002; Available: <https://cloudfront.escholarship.org/dist/prd/content/qt8qr1z7gc/qt8qr1z7gc.pdf?t=ok97a8>
6. WHO. Demographic and Socioeconomic Statistics. 2016.
7. UNSD. Geographic Regions [Internet]. 1999 [cited 18 Jul 2018]. Available: <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49/SpanishConstitution1978>.

Chartered Institute of Legal Executives. The UK Legal System [Internet]. 2018 [cited 19 Jul 2018]. Available: <https://www.cilex.to/suit-their-needs>. Regardless, educational opportunities for autistic people remain a challenge across the EU. Although policies that ensure the provision of adequate

services for autistic people exist, the availability and access to such services are questionable with wide variations in quality and access across the EU.

This study provided vital information on the right to education of autistic people in the UK, France, Poland and Spain. The scope of this study only included four countries, therefore the results cannot be generalized and clear conclusion on the average level of the fulfilment of the right to education cannot be drawn. More countries should be analysed to get a better picture of the situation across the EU. Additionally, since this is the first in a series of studies that map SEN policy in the EU, the findings have not been able to be triangulated to ensure reliability. Furthermore, the initial pool of identified studies has not been examined by other authors, meaning the reliability of the screening process cannot be guaranteed. More research should also be conducted to establish whether strategies that are in place have an effect on autistic children, such as improved learning, skills and higher rates of participation in education. To the best of our knowledge, there are no previous studies that have examined whether education of autistic people in EU countries is directed to development of their talents, creativity and provides them with skills they need to successfully progress into employment. To this day, the research in the field of education and autism policies in the EU as well as globally is scarce and remains an important gap in autism research. It is for this reason that this study aimed to review existing information as well as attract interest to conduct more research in this field in the future.

References

8. Lai M., Falsetti T.G. Theory-guided process-tracing in comparative politics: something old, something new. *Newsl Organ Sect Comp Polit Am Polit Sci Assoc. Notre Dame*; 2006; 17: 9–14.C.
9. Lombardo M.V., Baron-Cohen S. Autism. *Semin* 896 www.thelancet.com. 2014; 383. [https://doi.org/10.1016/S01406736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S01406736(13)61539-1)
10. Rutter M. Incidence of autism spectrum disorders: Changes over time and their meaning. *Acta Paediatrica*. 2005; 94: 2–15. <https://doi.org/10.1080/08035250410023124>

11. Newschaffer C.J. Investigating Diagnostic Substitution and Autism Prevalence Trends. *Pediatrics*.2006; 117: 29–32. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2834> PMID: 16585345
12. Baron-Cohen S., Allen J., Gillberg C. Can Autism be Detected at 18 Months? The needle, the haystack, and the CHAT. *Br J Psychiatry*. 1992; 161: 839–843. <https://doi.org/10.1192/bjp.161.6.839> PMID: 1483172
13. Elsabbagh M., Divan G., Koh Y-J, Kim Y.S., Kauchali S., MarcõÂn C, et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *Autism Res*. 2012; 5: 160–179. <https://doi.org/10.1002/aur.239> PMID: 22495912
14. Brugha T., Cooper S., McManus S., Purdon S., Smith J., Scott F., et al. Estimating the prevalence of Autism Spectrum Conditions in adults: extending the 2007 adult psychiatric morbidity survey. The NHS Information Centre for Health and Social Care. 2012. van Heijst B., Geurts H. Quality of life in autism across the lifespan: A meta-analysis. *Autism*. 2015; 19:158–167. <https://doi.org/10.1177/1362361313517053> PMID: 24443331
15. Knapp M., Romeo R., Beecham J. Economic cost of autism in the UK. *Autism*. 2009; 13: 317–336. Available:<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1362361309104246> <https://doi.org/10.1177/1362361309104246> PMID: 19369391
16. Howlin P., Goode S., Hutton J., Rutter M. Adult outcome for children with autism. *J Child Psychol Psychiatry*.2004; 45: 212–229. Available: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2004.00215.x/abstract> PMID: 14982237
17. WHO. World Report on Disability. 2011.
18. Autism Europe. Autism and education. 2003.
19. Baron-Cohen S. Editorial Perspective: NeurodiversityDa revolutionary concept for autism and psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017; 58: 744–747. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12703> PMID:28524462
20. UDHR. 1948.
21. CRPD. 2008.

22. The Treaty on the Functioning of the European Union. 2007.org.uk/aboutcilex/about-cilex-lawyers/what-cilex-lawyers-do/the-uk-legalsystem
23. <http://About-France.com>. The French legal system [Internet]. 2018 [cited 19 Jul 2018]. Available:<https://about-france.com/french-legal-system.htm>
24. The Polish Legal System [Internet]. 2018 [cited 19 Jul 2018]. Available: <http://eur-lex.europa.eu/n-lex/info/info-pl/indexen>
25. Declaration of the Rights of the Child. 1959. <https://doi.org/10.1017/S0020860400013243>
26. United Nations. Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons [Internet]. 1971. Available:<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfMentallyRetardedPersons.aspx>
27. United Nations. Declaration on the Rights of Disabled Persons [Internet]. 1975. Available: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/RightsOfDisabledPersons.aspx>
28. Autism Europe. Charter for Persons with Autism [Internet]. 1992. Available: <http://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/08/charter-for-persons-with-autism-1.pdf>
29. The Charter of Fundamental Rights of the European Union. 2000. <https://doi.org/10.1108/03090550310770974>
30. European Commission. European Disability Strategy 2010–2020 [Internet]. 2010. Available: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0636:FIN:en:PDF>
31. European Parliament. Written Declaration on Autism [Internet]. 2015. Available:<http://www.autismeurope.org/wp-content/uploads/2017/08/written-declaration-on-autism-to-the-ep.pdf>
32. Human Rights Act. 1998.
33. Special Educational Needs and Disability Act. 2001.
34. Fulfilling and Rewarding Lives. 2010 p. 75.
35. Statutory Guidance Fulfilling and Rewarding Lives. 2010.

36. Equality Act. 2010. doi:ISBN 978–0–10–541510–7
37. Statutory Framework for the Early Years Foundation Stage. 2014. doi:00266–2008BKT–EN
38. Children and Families Act. 2014.
39. Think Autism. 2014.
40. Think Autism: Statutory Guidance. Statutory guidance for local authorities and NHS organisations to support implementation of the Adult Autism Strategy. 2015.
41. Department for Education. Special educational needs and disability code of practice: 0 to 25 years. 2015. doi:DFE–00205–2013
42. The Autistic Spectrum Disorder (ASD) Strategic Action Plan for Wales. 2009.
43. Together for Mental Health. A Strategy for Mental Health and Wellbeing in Wales. 2012.
44. Standards in Scotland's Schools Act. 2000.
45. Education (Additional Support for Learning) (Scotland) Act 2004. 2004.
46. 10 year Scottish Strategy for Autism. 2011.
47. Special Educational Needs and Disability (Northern Ireland) Order. 2005.
48. ASD Strategic Action Plan. 2009.
49. Autism Act (Northern Ireland). 2011;
50. The Autism Strategy (2013–2020) Action Plan (2013–2016). 2013.
51. Act on Education System. 1991.
52. Constitution of The Republic of Poland. 1997.
53. Charter for Persons with Autism Poland. 2013.
54. Preamble to the Constitution of 27 October. 1946.
55. Law no. 75–535. 1975.
56. Law no. 96–1076. 1996.
57. Law no. 2005–102. 2005.
58. The First Autism Plan. 2005.
59. The Second Autism Plan. 2008.

60. The Third Autism Plan. 2013.
61. Spanish Strategy For ASD. 2015.

Компетентностно-ориентированные задания по теме «Опыт обучения и воспитания детей с РАС: сравнительные исследования»

1. Подготовьте аннотации современных сравнительных исследований по данной теме, представленных в пособии.
2. Изучите аналогичные современные исследования по данной теме, результаты представьте в форме реферативного обзора, включающего 10 источников.
3. Проведите сопоставительный анализ теоретических принципов и методологических подходов образования детей с аутизмом в рамках зарубежных и отечественных научно-исследовательских школ.
4. Заполните таблицу «Сравнительный анализ подходов к обучению и воспитанию детей с аутизмом»:

Отечественный опыт	Зарубежный опыт

Раздел 6. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра раннего возраста

Watkins L. An interest-based intervention package to increase peer social interaction in young children with autism spectrum disorder / M. O'reilly, M. Kuhn, K. Ledbetter-Cho // Journal of applied behavior analysis. – 2019. – 52 (1). – 132–149

Abstract. *The literature suggests that children with autism spectrum disorder (ASD) educated in inclusive settings generally do not interact with typically developing classmates during social activities. This study assessed whether an intervention package consisting of interest-based structured play activities involving adult instruction, modeling, and response to child questions would result in an increase in social interaction with typically developing peers. A multiple baseline design across four participants with an embedded reversal was used to demonstrate the effects of the intervention on social interaction during structured play sessions. Initiations, responses, and interactive play increased for all participants. Generalization to novel peers was observed, and treatment gains were maintained during 6-week follow-up sessions. Recommendations for practitioners working with children with ASD in inclusive settings and potential areas of future research are discussed.*

Keywords: *autism spectrum disorder, social interaction, inclusive education, preschool*

Social communication deficits and difficulties with social interaction are central to the diagnostic definition of autism spectrum disorder (ASD; American Psychiatric Association, 2013). Individuals with ASD exhibit social deficits that can include difficulties initiating interaction, responding to initiations made by others, and maintaining social engagement (Koegel, Koegel, Fredeen, & Gengoux 2008; Volkmar, Carter, Grossman, & Klin, 1997). These deficits can lead to challenging behavior, academic difficulties, and withdrawal and isolation from the peer group (Camargo, Rispoli, Ganz, Hong, Davis, & Mason, 2014; Lang, Regeister, Rispoli, & Camargo, 2010). Compared to the

other core deficits associated with ASD, social deficits may improve less as the child ages (Anderson, Liang, & Lord, 2014; Bauminger, 2002), and improvements in social skills are often identified as top treatment concerns for children with ASD (e.g., Lang, Machalicek, Rispoli, & Regester, 2009; Pituch et al., 2011).

Because including students with ASD in settings with typically developing peers has become a recommended educational practice, children with ASD are spending more of their day in inclusive environments (Camargo et al., 2014; Watkins et al., 2015). Despite opportunities to engage with typically developing peers in inclusive settings, researchers have found limited interaction and social acceptance between children with ASD and their typically developing classmates (McConnell, 2002; Odom et al., 2006; Pierce & Schreibman, 1997). Given the difficulties children with ASD have with social interaction, teachers in inclusive classroom settings must employ interventions to increase peer interaction between these groups.

Behavioral strategies such as modeling, prompting, and contingent reinforcement result in increases in play and social interaction for young children with ASD (Camargo et al., 2014; Lang, O'Reilly, et al., 2009). Such strategies are often components of evidence-based intervention packages, including peer-mediated interventions (e.g., Ganz & Flores, 2008; Katz & Girolametto, 2013), video modeling (e.g., Buggey, Hoomes, Sherberger, & Williams, 2011; Maione & Mirenda, 2006), and social-skills training (e.g., Leaf et al., 2009). Preferred interests of the child with ASD are often also incorporated into these interventions to enhance performance by providing a reinforcing context for play and interaction (e.g., Baker, Koegel, & Koegel, 1998; Jung & Sainato, 2015; Jung, Sainato, & Davis, 2008; Katz & Girolametto, 2013; Koegel, Fredeen et al., 2012; Koegel, Kim, Koegel, & Schwartzman, 2013; Koegel, Vernon, Koegel, Koegel, & Paullin, 2012b).

However, established multicomponent interventions may be difficult to implement in inclusive settings due to limited resources and insufficient teacher training (Pazey, Gevarter, Hamrick, & Rojeski, 2014; Segall & Campbell, 2012). Many multicomponent interventions require extensive staff training

and follow-up support sessions (e.g., Katz & Girolametto, 2013), the creation of novel or specialized materials (e.g., Baker et al., 1998), or the use of multiple intervention strategies such as script training, visual supports, peer-mediated instruction, and adult prompting (e.g., Ganz & Flores, 2008). Practitioners in inclusive classrooms may find such packages inefficient. Therefore, multi-component interventions that can be reasonably implemented by practitioners in inclusive settings are needed, and studies conducted within the natural classroom context that rigorously assess both the effectiveness and social validity of the intervention are warranted (Jung & Sainato, 2015).

Therefore, the purpose of the current study was to investigate whether an intervention package consisting of interest-based structured play activities and brief sessions of adult instruction, modeling, and response to child questions would result in an increase in peer social interaction without the need for more intensive intervention strategies. Specifically, we sought to assess whether (a) the intervention package would increase peer interaction for a variety of participant profiles, ranging from mild to severe ASD diagnoses, (b) the intervention results would generalize to novel peers and maintain following the intervention, and (c) the results of the intervention would be socially valid in an inclusive classroom.

Method

Participants

Four children with a diagnosis of ASD (hereafter referred to as participants) and four typically developing children (hereafter referred to as peers) participated in the study. English was the primary home and school language of all participants and peers. Participants were diagnosed with ASD by an independent qualified expert (e.g., developmental pediatrician or neurologist) prior to this study. All participants received special-education services and had social-communication-related individual educational program goals, but they had not received an intervention specifically targeting social interaction with their peers. Teacher report and researcher observation indicated that participants interacted infrequently with peers during free-play activities.

Typically developing peers were chosen based on age-appropriate verbal and social skills and a history of complying with teacher directions and offering to help classmates, and they were paired with participants based upon teacher and support staff recommendation (Harper, Symon, & Frea, 2008; Odom & Strain, 1984). At the time of the study, no typically developing male students were enrolled in the classroom, so same gender pairings were not possible for all participants. Typical peer partners were four girls ranging in age from 46 to 62 months and were matched to participants close in age.

Arjun was a South Asian American male and was 65 months at the start of the study. He scored a 30.5 on the Childhood Autism Rating Scale, second edition (CARS-2; Schopler, Van Bourgondien, Wellman, & Love, 2010) indicating mild-to-moderate symptoms of ASD. Arjun had well developed verbal skills, spoke in complete sentences of four to six words, and demonstrated functional play skills. He initiated interaction frequently with adults, but his interactions with peers consisted primarily of responses to their initiations. Arjun occasionally engaged in stereotyped motor behaviors including hand flapping and bouncing up and down while seated.

Emmett was a White American male and was 54 months at the start of the study. He scored a 32.5 on the CARS-2, indicating mild-to-moderate symptoms of ASD. Emmett had limited verbal communication skills and could make requests to adults using two-to three word phrases (e.g., "chase me!"). He sought out adult attention regularly but interacted infrequently with peers. Emmett's play tended to be solitary, and his language during play was often imitative and echoic (e.g., reciting scripted phrases from his favorite movies).

Austin was a White American male and was 57 months at the start of the study. He scored a 45 on the CARS-2, indicating severe symptoms of ASD. Austin had limited verbal communication skills and rarely exhibited meaningful speech. In response to a teacher asking what he wanted, Austin could verbally approximate a one-word response (e.g., "car" or "block"). He demonstrated restricted patterns of behavior involving objects (i.e., repetitively organizing, lining up, rotating and sorting small items) and body movement (i.e.,

rotating his hand in front of his face, kicking legs and waving arms). He primarily used toys to engage in stereotypy.

Julia was a Chinese Mexican American female and was 74 months at the start of the study. She scored a 50 on the CARS-2, indicating severe symptoms of ASD. She did not demonstrate functional verbal speech. Julia rarely initiated to adults or peers, and she responded to initiations from adults after prompting. For example, when prompted by her teacher, she could use picture symbols to make requests (e.g., watch a video). During playtime, Julia engaged in solitary or restrictive and repetitive behaviors. She often engaged with toys and objects by exploring their sensory features.

Members of the research team (first and third authors) served as facilitators during play sessions. They did not serve other roles at the school. Appropriate institutional board approval and informed consent was obtained for the study.

Setting and Materials

Sessions were conducted in a private community school for students with disabilities that offered an inclusive early childhood preschool setting. The inclusive preschool classroom served both typically developing students and students with disabilities. The class had five students with developmental disabilities, six typically developing peers, one lead teacher, and two assistant teachers. The room was approximately 17.5' x 20'. The front half of the room contained a round table and a rectangular table for group and seatwork, as well as a sensory table filled with sand. The back half of the room consisted of a play area delineated by a rug surrounded with shelves of toys and a reading area delineated by another rug surrounded by cushions and pillows. All baseline and intervention sessions with each participant and peer dyad took place within the play area of the classroom. The teacher, assistants, and other students were in close proximity with the participant and peer dyad during all sessions but were engaged in other activities within the classroom (e.g., one-to-one teaching, smallgroup work, free play). Students rotated between these different activities, including playtime, during the course of the morning.

Dependent Variables

Dependent variables included frequency of participant initiations directed to a peer and frequency of participant responses immediately following the peer's initiation. Initiations were operationally defined as any verbal, non-verbal, or motor behaviors directed toward a typically developing peer such as greetings, asking questions, commenting, sharing materials, or helping behaviors (Tsao & Odom, 2006).

Examples of social initiations included verbal phrases such as "let's play," "watch this," or "your turn," and nonverbal or motor behaviors such as the participant leading the peer to play materials, handing a peer a toy to play with, sharing materials, or gesturing for a peer to take a turn. A smile or a look did not qualify as an initiation if there was no additional verbal or physical contact. Social responses were defined as a reply within 5 s to an initiation made by a typically developing peer, such as looking when their name was called, following a peer's direction or request, answering a peer's question, accepting materials given by the peer, or head nodding after a peer's comment (Tsao & Odom, 2006).

Behaviors could be recorded as either initiations or responses and were mutually exclusive. We observed some negative interactions during the course of the study but did not code them because they occurred only infrequently, and classroom staff reported that negative interactions such as disruptive verbal or motor behavior (i.e., hitting, pushing, kicking, or biting clearly directed toward a peer) were not typical of these participants.

The secondary dependent variable was the duration of interactive play between the participant and peer during play sessions. Interactive play was defined as the child being engaged in a play activity (e.g., pushing a toy truck, playing a game, using art materials) within approximately 2 m of a peer and interacting either verbally (e.g., commenting to the peer, asking questions, giving directions) or nonverbally (e.g., taking turns, looking at the peer when the peer is talking, following the peer's direction or request, sharing play materials; cf. Hundert, Rowe, & Harrison, 2014).

Data Collection and Analysis

Special-education graduate students trained in collecting direct observation data performed all data collection. During each session, a frequency count of initiations and responses was recorded as they occurred by hand and subsequently graphed. The duration of interactive play was calculated from all available video recordings of sessions and subsequently graphed. Due to a technological error, not all sessions were available for coding of interactive play.

Nonoverlap of all pairs (NAP), a nonparametric effect size measure suitable for singlecase research designs, was calculated. NAP provides a complete nonoverlap index that measures the percentage of improvement of all pairwise comparisons across phases (e.g., baseline phase and intervention phase). Strengths of NAP include its ease of use, reflection of visual nonoverlap, and its statistical power (Parker, Vannest, & Davis, 2011). NAP effect sizes are considered large if above .93, moderate if ranging from .66 to .92, and small if below .65. We used a web-based tool to calculate effect sizes (Vannest, Parker, & Gonen, 2011).

Experimental Design

A concurrent multiple baseline across participants with an embedded ABAB design was used to evaluate the effects of the preferred activity intervention on participants' overall levels of interactions, initiations, and responses (Kennedy, 2005). Conditions included baseline, preferred play activity, generalization, and maintenance.

Baseline

Baseline sessions were 10 min in duration and consisted of "business as usual" free play in the classroom. The facilitator directed the participant and peer dyad to the play area of the classroom and told them "it's time to play." The participant and peer were allowed to select any of the toys that were available on the shelves surrounding the play area or to select other items within the classroom and bring them to the play area rug. Items available during baseline free play sessions included toys typical to the classroom such as blocks, puzzles, kitchen and cooking toys, animal and people figurines, stuffed

animals, Mr. Potato Head®, board games, dolls, a doll house, a farm play set, a police play set, a fire station play set, counters differing in color and size, colored pencils and paper, and paint stampers. Items related to the participants' preferred activities were available in baseline but not directly embedded into a structured play activity involving peers, nor were the children instructed to play with particular materials. The children were given no social skills instruction and no prompting or reinforcement was provided for any social interaction behaviors exhibited by either the participant or peer. If the participant or peer left the play area, the facilitator redirected the child back to the play area for the remainder of the session. When the 10-min session was complete, the facilitator announced that play time was over and instructed the children to rotate to a new activity within the classroom.

Intervention

An age-appropriate play-based activity was designed around each participant's preferred or restricted interest. Researchers interviewed the classroom teacher, parents, and other school staff to identify activities in which the participants most frequently engaged (Koegel, Fredeen et al., 2012; Koegel et al., 2013; Koegel, Vernon et al., 2012). Of the identified preferred activities based on researcher observation and teacher and parent report, we then selected those activities that would also potentially be appealing to typically developing peers, as indicated by the teacher and school staff. For example, Julia was observed and reported to frequently play segments of Disney songs repeatedly on an iPad®. She was also observed and reported to frequently draw and scribble with markers, pens, or colored pencils in a notebook. Of these activities, the teacher suggested that coloring and drawing would be more appealing to a typically developing classmate. After mutually appealing preferred interests were identified for each participant and peer, individualized play activities were then developed. Each structured play activity used materials and items typically found in an early childhood education setting and did not require the development of novel or specialized materials. The preferred play activities are described below.

Arjun frequently played with transportation-related toys (e.g., cars, trucks, trains, train tracks, road signs). His structured play activities included making roads out of tape and driving different vehicles over them, directing traffic using street signs, building railroad tracks, playing “red light, green light” with toy cars, and using transportation play sets within these contexts. Emmett often played with Legos® and frequently watched the Lego® movie. His structured play activities included matching games with Lego® characters; building towers, castles, robots, etc. using over-sized Lego® blocks; and gross motor activities incorporating Lego® figures (e.g., hitting a balloon back and forth using a paddle he and his peer decorated with Lego® characters). Austin exhibited repetitive behaviors that involved lining up items by shape, size, or color. His structured play activities that were also appealing to his peers were games that utilized these visual spatial strengths and included games such as Connect Four®, Kerplunk®, and stacking wooden beads of different shapes and colors on a pole to create a variety of patterns. Julia frequently colored and used various art materials during the school day. Her structured play activities included crafts, coloring paper dolls featuring popular storybook characters, and creating collages using markers, crayons, glitter, and stickers. The different structured play activities based on the participants’ preferred interest were rotated across sessions.

The intervention was introduced sequentially across participants so that Arjun received the intervention first, followed by Emmett, then Austin, and then Julia. The participant and peer were directed to the play area of the classroom, and the facilitator introduced the interest-based play activity. Other play items that were available in baseline sessions were present during intervention sessions, but the children were instructed that they would be engaging in a specific play activity during this time. For example, the facilitator would tell the participant and peer dyad that "today you are going to play a Lego® game" or "this morning you’re going to color and play with Anna and Elsa paper dolls". The facilitator was responsible for the organization of the materials and providing a brief demonstration of the preferred play activity to the participant and peer through modeling and verbal explanation that lasted ap-

proximately 2–3 min. Adult modeling and verbal explanation of an activity was provided only upon the first introduction of a new play activity. For example, the first time Arjun and his peer partner played "red light, green light" with toy cars, this activity was verbally explained and modeled by the facilitator. Upon subsequent sessions of this game, the facilitator announced the activity, but modeling and explanation were not provided.

After the activity was introduced, the facilitator moved away from the play rug and did not direct the activity during the 10-min play session. If a child engaged with additional items within the context of the structured play activity, the facilitator did not intervene. For example, as Arjun and his peer were building roadways for vehicles to drive across, the facilitator did not intervene when the peer picked up a stuffed cat from the shelf and walked it across the road. If the participant or peer indicated a desire to engage in a different activity, the facilitator reminded the children that they were playing with the specific activity at that time.

If requested, the facilitator clarified instructions, answered questions posed by the participant or peer as it pertained to the activity, or announced the next step of an activity (Koegel, Fredeen et al., 2012; Koegel et al., 2013; Koegel, Vernon et al., 2012). For example, if requested, the facilitator might provide clarification of instructions within the context of "red light, green light" (e.g., "Yellow light means slow down"), remind the children what to do next to complete a craft (e.g., "The next step is to cut out the paper dolls"), or respond to a question posed by a child (e.g., if asked for assistance, help put together the Connect Four® frame). The facilitator did not provide any prompts or reinforcement for social interaction or provide any social skills instruction or feedback to the participant or peer at any time before, during, or after the play session. The facilitator intervened during the preferred play activity only if problem behavior from the participant or peer arose (e.g., hitting, pushing, name calling, crying, or other aggressive acts). Problem behavior occurred infrequently throughout the study, and the facilitator intervened only in rare instances such as when Arjun grabbed a toy away from the peer, resulting in the peer crying. In such instances, the facilitator reminded Arjun of classroom ex-

pectations (e.g., hands to self and ask the friend for a turn with the toy or wait until the friend is finished).

Generalization and Maintenance

Generalization with novel peers was assessed throughout all phases of the study. Generalization sessions in baseline consisted of “business as usual” free play sessions with a novel peer. Generalization sessions in treatment consisted of the preferred interest play activity with a novel peer, with the facilitator clarifying and modeling the activity, answering participant or peer questions as related to the activity, and announcing the next step of an activity as necessary. To assess the durability of the preferred activity intervention, maintenance probes were collected 6 weeks following the conclusion of the intervention. Maintenance sessions were identical to those during treatment and were conducted both with the usual peer partner and with a novel partner.

Interobserver Agreement

Graduate students trained in behavioral interventions independently recorded data used to calculate interobserver agreement. Interobserver agreement for initiations and responses was calculated across 73% of all sessions using a total-agreement approach (Kennedy, 2005). The total number of initiations or responses recorded by each observer was summed, the smaller total was divided by the larger total, and the amount was multiplied by 100%. Mean interobserver agreement for initiations was 96.9% (range 67%–100%) across participants. Mean interobserver agreement for responses was 98.5% (range 79%–100%) across participants.

Interobserver agreement for duration of interactive play was calculated using a totalagreement approach (Kennedy, 2005) for 48% of video-recorded sessions, which was a total of 22% of all intervention sessions, across all phases of the study. The observers independently viewed the recorded sessions, and the duration of interactive play recorded by each observer in a session was totaled, the smaller total was divided by the larger total, and the amount was multiplied by 100%. Mean interobserver agreement for duration of interactive play was 94% (range = 81% – 100%) across participants.

Procedural Fidelity

Data collectors recorded procedural fidelity (i.e., the accuracy of the facilitators' implementation of the preferred activity intervention) for 86.5% of treatment sessions across all participants. Fidelity was scored using a dichotomous checklist that included four essential components of treatment (i.e., facilitator introduces the appropriate preferred play activity; answers questions from the participant or peer only if it pertains to the activity; does not instruct, prompt, or reinforce social interaction behaviors between the participant and peer; and intervenes during the preferred play activity only if problem behavior from the participant or peer arises. Procedural fidelity was determined by dividing the number of checklist items scored as correct by the total number of checklist items and multiplying by 100%. Procedural fidelity was 100% for all participants.

Social Validity Assessment

Three types of social validation measures were used in this study: comparisons of participant initiations to those of typically developing peers, teacher evaluations of intervention feasibility, and unbiased-observer ratings of participant social behavior during baseline and intervention. The four typically developing peers in the study provided a normative range of peer initiations during play sessions. Each typical peer was observed three times with another typical peer of their choosing (not the targeted peers with ASD) during 10-min play sessions. Initiations exhibited by typically developing peers were recorded in the same manner as the data for the participants with ASD. Overall frequency of initiations was recorded, and the mean number and standard deviation of initiations per play session ($M = 13.7$, $SD = 9$) were used to estimate a normative range of social initiations.

Post intervention, the classroom teacher provided feedback regarding the acceptability and feasibility of the treatment package using a survey created by the researchers for this intervention. The teacher used a Likert-type scale to answer questions regarding her ability to use the intervention strategy in the classroom without the assistance of researchers, how likely it was that she would incorporate this intervention into the typical classroom routine, whether she viewed this intervention as an effective way to increase so-

cial interaction between students, and if the participants were included more frequently in classroom activities following the completion of the intervention. Space was also provided on the survey for the teacher to leave additional feedback on any other aspect of the intervention.

To determine the social significance of the behavior change, a convenience sample (Pedhazur & Schmelkin, 1991) of 18 undergraduate preservice teachers at a university was surveyed following the conclusion of the intervention. The preservice teachers had taken foundational education courses, had general knowledge about disability matters, and had two semesters of teaching experience through internships in public schools. The ages of the preservice teachers ranged from 20 to 25 ($M = 21$). The preservice teachers viewed 2-min video clips that contained (a) a segment of the participant during an intervention session with the preferred activity incorporated during play time with a peer and (b) a segment of the participant during a baseline session with a peer, without the preferred activity. The segments were selected because the researchers considered them representative of the participants' performance (Lancioni et al., 2006). The order of the baseline and intervention segments was randomly determined. The preservice teachers were not aware of the purpose of the intervention, nor was the disability of the participant disclosed. Using a five-point Likert-type scale, raters answered questions (listed in Table 1) regarding the participant's social interaction with the typical peer, the quality of the participant's play as compared to other children his age, and whether a teacher would find the interaction acceptable in the classroom. Mean and standard deviation were calculated for each item across all participants, and the mean scores across all items for each participant was provided. A nonparametric Wilcoxon signed-rank test was then used to examine the statistical significance of the difference in Likert scale ratings between baseline and intervention conditions for all participants.

Results

Figure 1 displays the frequency of participant initiations and responses in each session. In baseline, Arjun averaged 2 initiations (range = 0 – 5) to a peer and 1.1 responses (range = 0 – 4) to a peer's initiation per play session (closed characters in Figure 1). During intervention, Arjun averaged 10.1 initiations (range = 4 – 15) and 10.9 responses (range = 7 – 25). Overall, 48.1% of Arjun's peer interactions during intervention were initiations and 51.9%

were responses. These percentages remained generally stable throughout treatment. During baseline generalization sessions (open characters in Figure 1), Arjun averaged 1.5 initiations (range = 1 – 2) and 1.5 responses (range = 1 – 2). During intervention generalization sessions, Arjun averaged 11.2 initiations (range = 7 – 18) and 13.8 responses (range = 9 – 22). At the 6-week follow-up with both the typical peer partner and a novel peer, Arjun averaged 15 initiations (range = 13 – 17) and 15.5 responses (range = 11 – 20). Overall, Arjun initiated within the peer normative range for 23 of 24 intervention sessions (96%), including generalization and maintenance sessions.

In baseline, Emmett averaged 0.9 initiations (range = 0 – 3) to a peer and 0.4 responses (range = 0 – 2) to a peer's initiation per play session. During intervention, Emmett averaged 9.6 initiations (range = 3 – 17) and 18 responses (range = 5 – 44). Overall, 34.8% of Emmett's peer interactions during intervention were initiations and 65.2% were responses. Initially, Emmett frequently responded to peers and rarely initiated interactions. However, as the intervention progressed, his initiations to peers increased greatly. By session 24, the number of initiations and responses were roughly equal per session. During baseline generalization sessions, Emmett averaged 1.5 initiations (range = 0 – 3) and 1 response (range = 0 – 2). During intervention generalization sessions, Emmett averaged 10.6 initiations (range = 0 – 19) and 13.6 responses (range = 3 – 18). At the 6-week follow-up with both the typical peer partner and a novel peer, Emmett averaged 10 initiations (range = 9 – 11) and 14 responses (range = 10 – 18). Overall, Emmett initiated within the peer normative range for 18 of 22 intervention sessions (82%), including generalization and maintenance sessions.

Table 1

Social Validity Assessment Questions

1. The target child and his peer participate appropriately in a shared social activity.
2. The target child interacts regularly with his peer during the play session.
3. The target child displays play skills typical for his age.
4. The children appear to enjoy playing together.
5. A teacher would find this interaction agreeable/likeable.

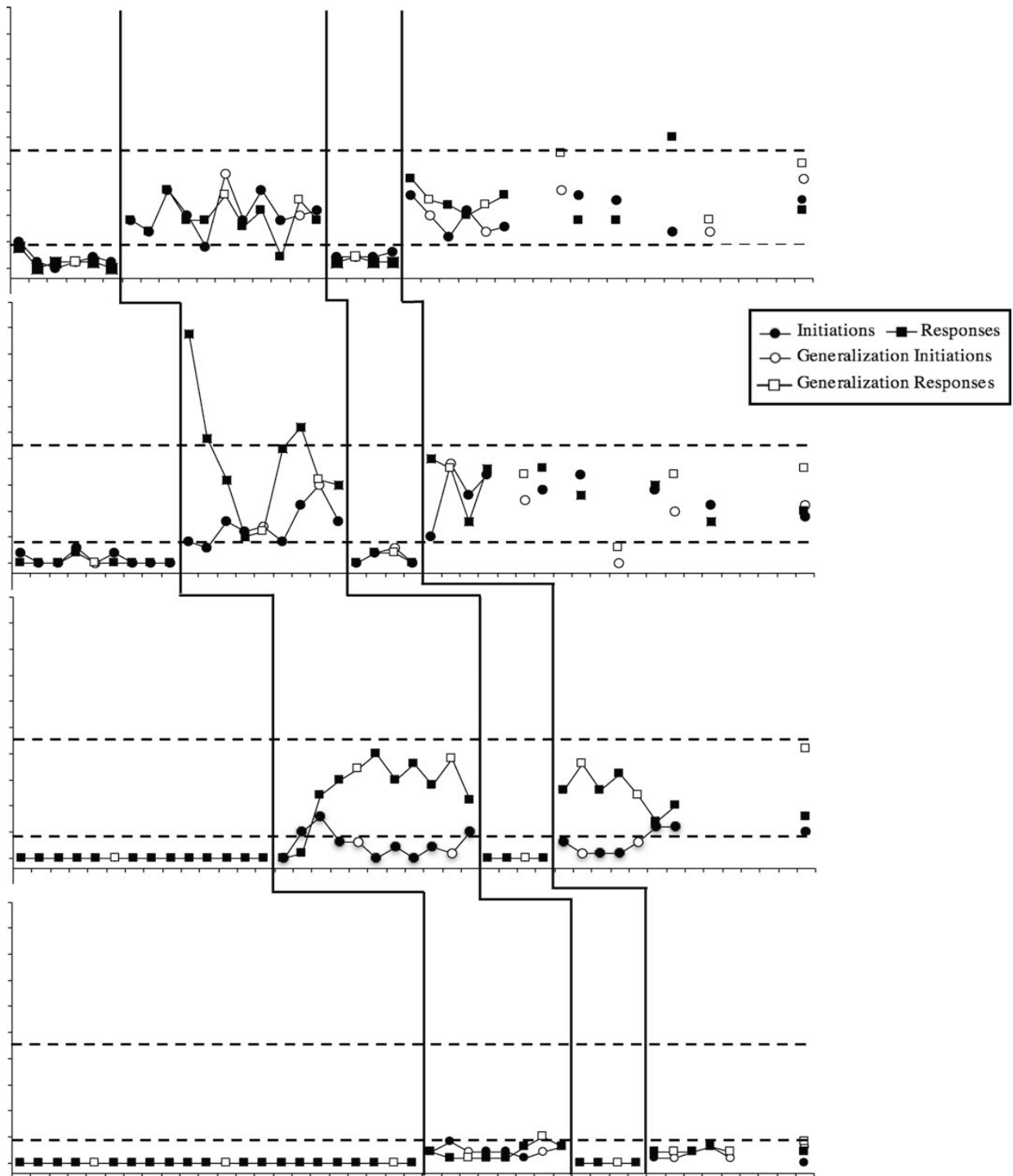


Figure 1. Frequency of participant initiations (closed circles) and responses (closed squares) directed to peer per play session.

Open circles indicate initiations to a novel peer during generalization sessions. Open squares indicate responses to a novel peer during generalization sessions. Horizontal dashed lines indicate the normative range of peer initiations.

In baseline, Austin did not initiate or respond to peers. During intervention, Austin averaged 3 initiations (range = 0 – 8) to a peer and 11.8 responses (range = 0 – 20) to a peer's initiation. Overall, 20.3% of Austin's peer interactions during intervention were initiations and 79.7% were responses. Austin exhibited more responses than initiations throughout the intervention, although initiations increased as the intervention progressed. During baseline generalization sessions, Austin exhibited zero initiations and responses to novel peers. During intervention generalization sessions, Austin averaged 2 initiations (range = 1 – 3) and 17.4 responses (range = 12 – 21). At the 6-week follow-up with both the typical peer partner and a novel peer, Austin averaged 3.5 initiations (range = 2 – 5) and 14.5 responses (range = 8 – 21). Overall, Austin initiated within the peer normative range for 6 of 20 intervention sessions (30%), including generalization and maintenance sessions.

In baseline, Julia did not initiate or respond to peers. During intervention, Julia averaged 2.2 initiations (range = 0 – 4) to a peer and 2 responses (range = 1 – 3) to a peer's initiation. Overall, 52.6% of Julia's peer interactions during intervention were initiations and 47.3% were responses. These percentages remained stable throughout the intervention. During baseline generalization sessions, Julia exhibited zero initiations and responses to novel peers. During intervention generalization sessions, Julia averaged 1.8 initiations (range = 1 – 3) and 2.8 responses (range = 1 – 5). At the 6-week follow-up, Julia averaged 1.5 initiations (range = 0 – 3) and 3 responses (range = 2 – 4). Julia did not initiate within the peer normative range during any intervention, generalization, or maintenance sessions.

Figure 2 displays the percentage of the session in which participants engaged in interactive play. In baseline, Arjun engaged in interactive play with his peer for an average of 8% of the 10-min play session (range = 3% – 16%). During intervention, Arjun engaged in interactive play for an average 79% of the play session (range = 66% – 90%). In baseline, Emmett engaged in inter-

active play with his peer an average of 1.3% of the play session (range = 0% – 5%). During intervention.

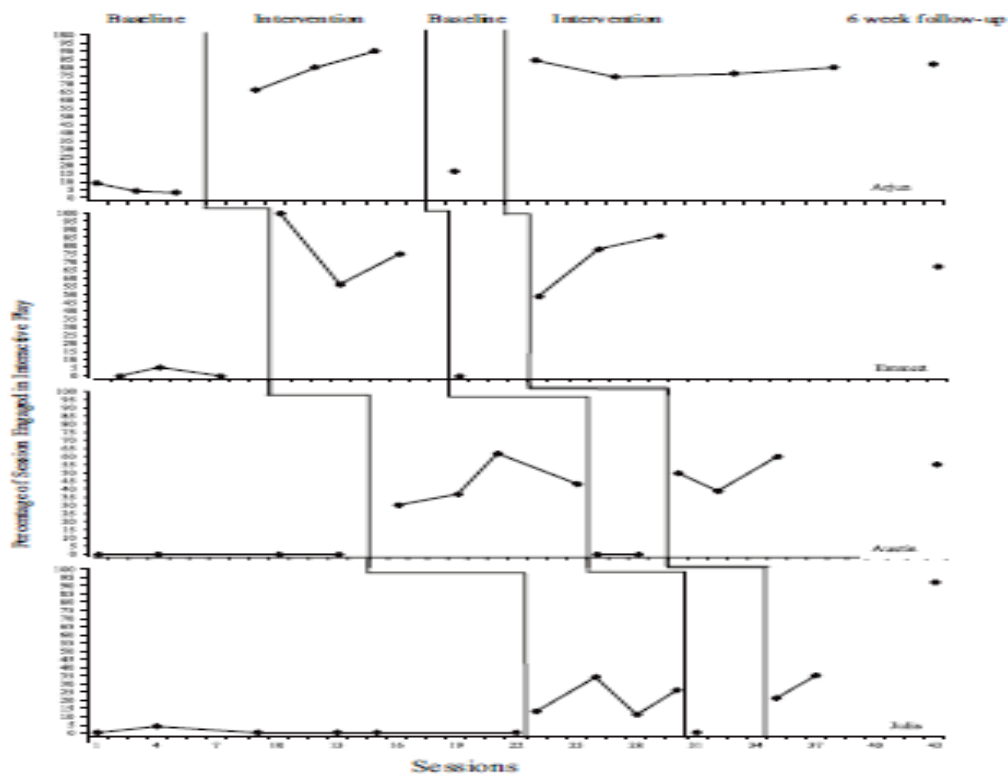


Figure 2. Percentage of the 10-min play session in which the participant and peer engaged in interactive play.

Emmett engaged in interactive play for an average of 73% of the play session (range = 49% – 100%). In baseline, Austin engaged in interactive play with his peer for 0% of the play session. During intervention, Austin engaged in interactive play for an average of 47% of the play session (range = 30% – 62%). In baseline, Julia engaged in interactive play with her peer for an average 0.6% of the play session (range = 0% – 4%). During intervention, Julia engaged in interactive play for an average of 33% the play session (range = 11% – 92%).

NAP results indicated a very effective intervention, with all results .93 and above. These results compared the amount of behavior change between each baseline and intervention phase, with the inclusion of all generalization and maintenance data. For initiations, NAP results were .99 for Arjun, .97 for Emmett, .93 for Austin, and .97 for Julia. For responses, NAP results were .99 for Arjun, 1.0 for Emmett, .98 for Austin, and 1.0 for Julia. NAP results for interactive play were 1.0 for all participant and peer dyads. Scores for each participant indicated statistically significant ($p < .0005$) effects.

Participants' frequencies of social initiations were compared to those of typically developing classmates, with results indicating that two of the four participants consistently initiated to peers at frequencies within the normative range across intervention sessions (Arjun and Emmett), and that one participant (Austin) initiated at frequencies within the normative range for 30% of intervention sessions. The classroom teacher indicated satisfaction with the intervention, that she would be able to implement the intervention independently within the normal classroom routine, and that she would use this strategy in the future. In addition, she noted that most of her students, both with and without ASD, would likely be able to successfully participate in the intervention. She also expressed that Arjun, Emmett, and Austin were more included in classroom activities throughout the day as a result of the intervention. For Emmett, she noted that he was "much more interested in the other kids than during preintervention." For Austin, the teacher reported that she had "definitely seen him branch out" and that he was "much more comfortable having other kids in his space than preintervention."

Results of the social validity assessment also indicated that the behavior changes of the participants between baseline and intervention conditions were large enough to be considered socially significant. The survey questions, mean score, standard deviation, and p values for all items across participants in baseline and intervention conditions are reported in Table 2. Based on the Wilcoxon signed-rank test, statistically significant results ($p < .005$ for all items) indicated that raters perceived participant interactions to be more positive in intervention conditions than in baseline conditions. Raters observed that all children with ASD participated appropriately in a shared social activity, displayed more typical play skills, interacted more regularly with their peers, seemed to enjoy playing more, and engaged in more agreeable interactions during intervention versus baseline conditions.

The findings of the third social validity assessment corresponded with intervention results. The preservice teachers rated Emmett most highly overall, with scores ranging from 1.1–1.7 in baseline and from 4.8–4.9 in intervention, which indicates that his interactions during intervention sessions improved to a

level considered appropriate and reflective of play skills exhibited by typically developing peers. Raters also found marked differences in the quality of social interaction between baseline and intervention phases for Arjun, with baseline ratings ranging from 1.2–2.3 and intervention ratings ranging from 3.8–4.5. Arjun received high marks for participating appropriately in a shared social activity (4.5) and interacting regularly with a peer during intervention session (4.2). Scores for Austin also showed great improvement during treatment, and he was rated from.

Table 2
Social Validity Assessment Results for All Participants

Participant	Items	Conditions				<i>p</i> value
		Baseline		Intervention		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Arjun	1	1.4	0.4	4.5	0.5	<i>p</i> < 0.005
	2	1.2	0.6	4.2	0.6	<i>p</i> < 0.005
	3	2.5	0.8	3.8	0.8	<i>p</i> < 0.005
	4	1.8	0.8	4.1	0.5	<i>p</i> < 0.005
	5	2.3	0.7	4.1	0.5	<i>p</i> < 0.005
	average	1.8	0.9	4.2	0.6	<i>p</i> < 0.005
Emmett	1	1.1	0.3	4.9	0.3	<i>p</i> < 0.005
	2	1.1	0.3	4.9	0.3	<i>p</i> < 0.005
	3	1.6	0.7	4.8	0.4	<i>p</i> < 0.005
	4	1.6	0.8	4.9	0.3	<i>p</i> < 0.005
	5	1.7	0.8	4.8	0.4	<i>p</i> < 0.005
	average	1.4	0.7	4.9	0.4	<i>p</i> < 0.005
Austin	1	1.1	0.2	4.3	1.2	<i>p</i> < 0.005
	2	1.1	0.3	3.3	1.0	<i>p</i> < 0.005
	3	1.5	0.6	3.9	1.0	<i>p</i> < 0.005
	4	1.4	0.7	3.6	0.9	<i>p</i> < 0.005
	5	1.4	0.6	3.8	0.9	<i>p</i> < 0.005
	average	1.3	0.6	3.8	1.1	<i>p</i> < 0.005
Julia	1	1.1	0.6	3.9	0.9	<i>p</i> < 0.005
	2	1.2	0.3	2.2	0.8	<i>p</i> < 0.005
	3	1.4	0.5	2.9	1.0	<i>p</i> < 0.005
	4	1.7	0.7	2.7	0.4	<i>p</i> < 0.005
	5	1.5	0.5	2.9	1.0	<i>p</i> < 0.005
	average	1.4	0.6	2.9	1.0	<i>p</i> < 0.005

Note: Survey questions were rated on a Likert-type scale of 1 to 5 representing the least and most positive values, respectively. Raters' (*n* = 18) mean scores (*M*) and standard deviations (*SD*) for survey items between baseline and preferred activity intervention conditions. Wilcoxon signed-rank test was used to evaluate the change (*p* value) between baseline and intervention conditions.

1.1–1.5 in baseline to 3.3–4.3 in intervention, with ratings for participating appropriately in a shared social activity receiving the highest score. Ratings for Julia increased from 1.1–1.7 in baseline to 2.2–3.9 in intervention. Although Julia's increases in ratings are more modest compared to the other participants, they do reflect a marked improvement from baseline ratings.

Discussion

The intervention package consisting of interest-based structured play activities with adult instruction, modeling, and response to child questions produced large increases in peer social interaction in an inclusive early childhood setting. In addition, increases in social interaction generalized to novel peers and maintained following the completion of the intervention. As demonstrated by the clear reversals between baseline and intervention conditions, these results support research suggesting that children with ASD respond to interventions in which play is systematically structured and, in such a context, may exhibit more complex and varied behaviors (Blanc, Adrien, Roux, & Barthélémy, 2005; Jung & Sainato, 2013). This study also extends previous research involving the incorporation of preferred or restricted interests of children with ASD into behavioral intervention procedures and demonstrates both the effectiveness and social validity of the treatment package.

The positive intervention results, in addition to favorable social validity findings involving comparisons to typically developing peers, observations from unbiased observers, and teacher feedback further support the use of the treatment package. The intervention did not require intensive training for either participants or peers, and the play sessions did not necessitate extensive adult involvement other than brief periods of modeling, instruction, and availability to answer questions, which allowed the adult to monitor rather than direct the children's interaction (Odom & Watts, 1991). In addition, the intervention took place within the natural environment and fit within the context of the daily routine. This ease of implementation would seem especially attractive to educators in inclusive settings who may not necessarily have specialized training in working with students with ASD (Pazey et al., 2014; Segall & Campbell, 2012).

That three of four participants initiated at frequencies comparable to their typically developing peers within the context of the intervention is a particularly notable finding, as social initiations are generally more difficult to evoke than response behaviors in children with ASD (Pierce & Schreibman, 1997). Because intervention sessions were organized around a joint play activ-

ity, peers potentially initiated more frequently, providing additional opportunities for participant responses in this context in comparison to baseline. However, in contrast to responses, participant initiations would seemingly be less affected by opportunities provided by the peer. Thus, increases in participant initiations were likely not due to changes in opportunities for interaction in isolation but were a result of the intervention package.

Given the promising effects of the intervention for participants with a range of functioning, this strategy could potentially be generalizable to participants with diverse characteristics. Although social deficits were present, Arjun exhibited well-developed verbal skills and the least number of autistic symptoms, and his increase in peer social interaction reflects findings of previous studies using similarly highfunctioning participants. This study also extends those findings to moderate- and lowerfunctioning participants. Specifically, the intervention was also highly effective for Emmett, who lacked strong verbal communication skills, as well as for Austin, who exhibited more severe autistic symptoms. In particular, the number of initiations Emmett made to his peer increased considerably as the intervention progressed. This finding reflects results from the literature that suggests preschool children with delayed play skills may increase initiations over time when paired with a highly competent peer partner (e.g., Tanta, Deitz, White, & Billingsley, 2005). Although his interactions were primarily responses to peer initiations (e.g., following a peer direction or request), Austin began to verbally initiate to his peers (e.g., approximating "your turn") during the intervention, a behavior that had not been previously demonstrated, and his number of initiations per session also increased as the intervention progressed.

Although Julia, the participant with the most pronounced delays and autistic symptoms, did not initiate to peers within the normative range, she did clearly produce an increase in social interaction behaviors during intervention compared to baseline conditions, with an especially substantial increase in the amount of time she spent engaged in joint interactive play with her peer. For participants with more substantial social communication deficits, an approach that utilizes strategies such as the picture exchange communication system

(PECS; e.g., Jurgens, Anderson, & Moore, 2009) or direct peer training (e.g., English, Goldstein, Shafer, & Kaczmarek, 1997), along with the intervention package components, may produce even greater gains in peer social interaction and would seem a promising area for future research.

It is interesting to note that the generalization sessions using novel peer partners often resulted in higher levels of social behavior for Arjun than sessions with his usual peer partner. Although we followed recommendations in the literature for selecting typically developing peer partners (i.e., age appropriate verbal and social skills, compliance with teacher directions, and a history of offering to help classmates), and the peer willingly participated in the play activities, the generalization peer partner appeared to enjoy the activities more so than the usual peer partner. This could have perhaps increased the novel peer's motivation to interact with the participant during the play session, thus contributing to higher levels of participant initiations and responses. In addition to the established typical peer selection criteria, practitioners should consider how closely the interests of the peer and participant align and make adjustments accordingly.

Future studies might systematically assess how participant behavior changes as a result of the intervention beyond an increase in initiations, responses, and interactive play. In particular, changes in the quality of the children's interactive play between baseline and intervention conditions were anecdotally observed. For example, during baseline sessions, Arjun engaged mostly in solitary play and onlooker behavior (i.e., observing his peer playing with other materials but not interacting), but within the context of intervention sessions, he engaged in multiple types of interactive play, namely associative play behaviors (i.e., interacting with the peer while playing but not coordinating actions) and cooperative play (i.e., playing with a shared goal and defined roles; Parten, 1932). Similarly, Emmett engaged in mostly unoccupied behavior or solitary play behavior in baseline sessions but exhibited cooperative interactive play with his peer during intervention sessions. Although the interactive play data provided a measure reflecting this behavior change, future stud-

ies might include more nuanced measures of the type of interactive play exhibited by both the participant and peer to provide a more detailed analysis of the interaction.

Future research should also consider whether deficits in social interaction are caused by a skill deficit (i.e., lack of ability) or a performance deficit (lack of interest or motivation) when developing interventions for children with ASD. Deficient social motivation appears in the earliest conceptualizations of autism (e.g., Kanner, 1943), and some research and commentaries suggest that an extreme diminishment in social motivation may constitute a primary deficit of the disorder (Chevallier, Kohls, Troiani, Brodtkin, & Schultz, 2012; Koegel & Koegel, 1995). The results of this study seem to support the social motivation theory of autism, and findings suggest that embedding preferred interests into social activities might potentially increase the motivation of some children with ASD to interact with their peers. Research that further elucidates the relation between social motivation and skill use and development seems warranted.

Some limitations of this study must be noted. Interobserver agreement was calculated using a lenient measure; future research should use more stringent calculations to more strongly support results. In addition, although this study resulted in improved social behavior for all participants, a notable limitation is the lack of assessment of generalization across different types of organized play activities other than the interest-based play activities used in the intervention. Future studies should investigate if the participants' increases in social interaction extend across settings and to other types of organized play activities that include adult modeling, verbal explanation, and response to child questions but do not incorporate preferred interests. This study is also potentially limited by the lack of a stimulus preference assessment to determine the participants' interests. Although many practitioners working with children with ASD may not have knowledge of preference assessments (Graff & Karsten, 2012), research has demonstrated that indirect methods of preference identification such as those used in this study may not identify the most highly preferred item, which could influence intervention effectiveness (e.g.,

Cote, Thompson, Hanley, & McKerchar, 2007). Therefore, in addition to informant report, future research might use direct preference assessments to identify preferred interests. Finally, positive teacher feedback must be interpreted judiciously as demand characteristics may have influenced these results (Foster & Mash, 1999; Wolf, 1978). Future research should consider ways to reduce possible demand characteristics when seeking practitioner satisfaction with intervention procedures and outcomes.

In summary, this study systematically assessed the effects of an intervention package consisting of interest-based structured play activities with adult modeling, instruction, and response to child questions on peer-to-peer interaction between preschoolers with and without ASD. This intervention approach produced increases in social initiations, responses, and interactive play for participants with a wide range of functioning and these gains generalized to novel peer partners. In addition, the intervention was simple and efficient, fitting easily within the normal classroom routine. Future studies examining the training of preschool educators to implement this strategy in inclusive classroom settings are merited.

References

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). Arlington V.A.: American Psychiatric Publishing.
2. Anderson D.K., Liang J.W., & Lord C. (2014). Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 485–494. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12178>
3. Baker M.J., Koegel R.L., & Koegel L.K. (1998). Increasing the social behavior of young children with autism using their obsessive behaviors. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 23, 300–308.
4. Bauminger N. (2002). The facilitation of socialemotional understanding and social interaction in high-functioning children with au-

tism: Intervention outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 283–298.

5. Blanc R., Adrien J.L., Roux S., & Barthélémy C. (2005). Dysregulation of pretend play and communication development in children with autism. *Autism*, 9, 229–245. <https://doi.org/10.1177/1362361305053253>

6. Bugghey T., Hoomes G., Sherberger M.E., & Williams S. (2011). Facilitating social initiations of preschoolers with autism spectrum disorders using video self-modeling. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 26, 25–36. <https://doi.org/10.1177/1088357609344430>

7. Camargo S.P.H., Rispoli M., Ganz J., Hong E.R., Davis H., & Mason R. (2014). A review of the quality of behaviorally-based intervention research to improve social interaction skills of children with ASD in inclusive settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2096–2116. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2060-7>

8. Chevallier C., Kohls G., Troiani V., Brodtkin E.S., & Schultz R.T. (2012). The social motivation theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 231–239. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.02.007> Cote C.A., Thompson R.H., Hanley G.P., &

9. McKerchar P.M. (2007). Teacher report and direct assessment of preferences for identifying reinforcers for young children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 157–166. <https://doi.org/10.1901/jaba.2007.177-05>

10. English K., Goldstein H., Shafer K., & Kaczmarek L. (1997). Promoting interactions among preschoolers with and without disabilities: Effects of a buddy skill straining program. *Exceptional Children*, 63, 229–243. <https://doi.org/10.1177/001440299706300206>

11. Foster S.L., & Mash E.J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 308.

12. Ganz J.B., & Flores M.M. (2008). Effects of the use of visual strategies in play groups for children with autism spectrum disorders and their

peers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 926–940. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0463-4>

13. Graff R.B., & Karsten A.M. (2012). Assessing preferences of individuals with developmental disabilities: A survey of current practices. *Behavior Analysis in Practice*, 5, 37–48.

14. Harper C.B., Symon J.B.G., & Frea W.D. (2008). Recess is time-in: Using peers to improve social skills of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 815–826. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0449-2>

15. Hundert J., Rowe S., & Harrison E. (2014). The combined effects of social script training and peer buddies on generalized peer interaction of children with ASD in inclusive classrooms. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 29, 206–215. <https://doi.org/10.1177/1088357614522288>

16. Jung S., & Sainato D.M. (2013). Teaching play skills to young children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 38, 74–90. <https://doi.org/10.3109/13668250.2012.732220>

17. Jung S., & Sainato D.M. (2015). Teaching games to young children with autism spectrum disorder using special interests and video modeling. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 40, 198–212. <https://doi.org/10.3109/13668250.2015.1027674>

18. Jung S., Sainato D.M., Davis C.A. (2008). Using high-probability request sequences to increase social interactions in young children with autism. *Journal of Early Intervention*, 30, 163–187.

19. Jurgens A., Anderson A., Moore D.W. (2009). The effect of teaching PECS to a child with autism on verbal behaviour, play, and social functioning. *Behaviour Change*, 26, 66–81.

20. Kanner L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

21. Katz E., & Girolametto L. (2013). Peer-mediated intervention for preschoolers with ASD implemented in early childhood education settings.

Topics in Early Childhood Special Education, 33, 133–143. <https://doi.org/10.1177/0271121413484972>

22. Kennedy C.H. (2005). Single-case designs for educational research. Boston: Allyn and Bacon. Koegel R.L., Fredeen R., Kim S., Danial J., Rubinstein D., Koegel L.K. (2012a). Using perseverative interests to improve interactions between adolescents with autism and their typical peers in school settings. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 14, 133–141. <https://doi.org/10.1177/1098300712437043>

23. Koegel R., Kim S., Koegel L., Schwartzman B. (2013). Improving socialization for high school students with ASD by using their preferred interests. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 43, 2121–2134. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1765-3>

24. Koegel L.K., & Koegel R.L. (1995). Motivating communication in children with autism. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Eds.), *Learning and cognition in autism*, (pp. 73–87). New York, NY: Springer.

25. Koegel L.K., Koegel R.L., Fredeen R.M., & Gengoux G.W. (2008). Naturalistic behavioral approaches to treatment. In K. Chawarska, A. Klin, & F. R. Volkmar (Eds.), *Autism spectrum disorders in infants and toddlers* (pp. 207–242.). New York: Guilford Press.

26. Koegel L., Vernon T., Koegel R.L., Koegel B., & Paullin A.W. (2012b). Improving socialization between children with autism spectrum disorder and their peers in inclusive settings. *Journal of Positive Behavioral Intervention*, 14, 220–227. <https://doi.org/10.1177/1098300712437042>

27. Lancioni G.E., O'Reilly M.F., Singh N.N., Groeneweg J., Bosco A., Tota A., Pidala S. (2006). A social validation assessment of microswitch-based programs for persons with multiple disabilities employing teacher trainees and parents as raters. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18, 383–391.

28. Lang R., Machalicek W., Rispoli M. J., & Regester A. (2009). Training parents to implement communication interventions for children with autism spectrum disorders: A systematic review of training procedures. *Evidence Based Communication Assessment and Intervention*, 3, 174–190.

29. Lang R., O'Reilly M., Rispoli M., Shogren K., Machalicek W., Sigafoos J., & Regehr A. (2009b). Review of interventions to increase functional and symbolic play in children with autism. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44, 481–492.
30. Lang R., Regehr A., Rispoli M., Camargo S.P.H. (2010). Rehabilitation issues for children with Autism Spectrum Disorders. *Developmental Neurorehabilitation*, 13, 153–155. <https://doi.org/10.3109/17518421003607597>
31. Leaf J.B., Taubman M., Bloomfield S., Palos-Rafuse L., Leaf R., McEachin J., & Oppenheim M.L. (2009). Increasing social skills and pro-social behavior for three children diagnosed with autism through the use of a teaching package. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 275–289. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.07.003>
32. Maione L., & Mirenda P. (2006). Effects of video modeling and video feedback on peer-directed social language skills of a child with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 8, 106–118. <https://doi.org/10.1177/10983007060080020201>
33. McConnell S.R. (2002). Interventions to facilitate social interaction for young children with autism: Review of available research and recommendations for educational intervention and future research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 351–372.
34. Odom S.L., Strain P.S. (1984). Peer mediated approaches to promoting children's social interaction: A review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 148 LACI WATKINS et al. 544–557. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1984.tb01525.x>
35. Odom S.L., & Watts E. (1991). Reducing teacher prompts in peer-initiation interventions through visual feedback and correspondence training. *Journal of Special Education*, 25, 26–43. <https://doi.org/10.1177/002246699102500103>
36. Odom S.L., Zercher C., Li, S., Marquart J.M., Sandall S., & Brown W. H. (2006). Social acceptance and rejection of preschool children with disabilities: A mixed-method analysis. *Journal of Educational Psychology*, 98, 807.

37. Parker R.I., Vannest K.J., & Davis J.L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35, 303–322. <https://doi.org/10.1177/0145445511399147>
38. Parten M.B. (1932). Social participation among preschool children. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 27, 243. <https://doi.org/10.1037/h0074524>
39. Pazey B.L., Gevarter C., Hamrick J., Rojeski L. (2014). Administrator views and knowledge of instructional practices for students with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 1253–1268. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.06.013>
40. Pedhazur E.J., Schmelkin L.P. (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
41. Pierce K., & Schreibman L. (1997). Multiple peer use of pivotal response training to increase social behaviors of classmates with autism: Results from trained and untrained peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 157. <https://doi.org/10.1901/jaba.1997.30-157>
42. Pituch K.A., Green V.A., Didden R., Lang R., O'Reilly M.F., Lancioni G.E., Sigafoos J. (2011). Parent reported treatment priorities for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.03.003>
43. Schopler E., Van Bourgondien, M.E., Wellman, G.J., Love, S.R. (2010). *Childhood autism rating scale – 2nd Edition*. Los Angeles: Western Psychological Services.
44. Segall M.J., & Campbell J.M. (2012). Factors relating to education professionals' classroom practices for the inclusion of students with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1156–1167. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.02.007>
45. Tanta K.J., Deitz J.C., White O., & Billingsley F. (2005). The effects of peer-play level on initiations and responses of preschool children with delayed play skills. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 437–445.
46. Tsao L.L., Odom S.L. (2006). Sibling-mediated social interaction intervention for young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 26, 106–123. <https://doi.org/10.1177/02711214060260020101>.

47. Vannest K., Parker R.I., & Gonen O. (2011). Single case research: Web based calculators for SCR analysis (Version 1.0) [Web based application]. College Station, TX: Texas A & M University: Retrieved from singlecasersearch.org
48. Volkmar F. R., Carter A., Grossman J., & Klin A. (1997). Social development in autism. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 2, 173–94.
49. Watkins L., O'Reilly M., Kuhn M., Gevarter C., Lancioni, G. E., Sigafoos J., & Lang R. (2015). A review of peer-mediated social interaction interventions for students with autism in inclusive settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 1070–1083. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2264-x>
50. Wolf M.M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 203–214. <https://doi.org/10.1901/jaba.1978.11-203>

Ryberg K. Evidence for the Implementation of the Early Start Denver Model for Young Children With Autism Spectrum Disorder / K.Ryberg // Journal of the american psychiatric nurses association. – 2015. – 21(5). – P.327–337.

Abstract.

Background: The Early Start Denver Model (ESDM) is a manualized comprehensive therapy for toddlers with autism spectrum disorder. It emphasizes interpersonal engagement through synchrony, rhythms, and reciprocity to decrease symptom severity and accelerate cognitive, social-emotional, and language development.

Objective: To systematically review evidence regarding the use of the ESDM as an intervention for young children with autism spectrum disorder.

Design: PubMed, Scopus, Web of Science, Embase, and CINAHL were searched from 2010–2015 using predetermined inclusion criteria. Study methodology, participant characteristics, and outcomes were evaluated and quality of evidence was assigned.

Results: Eight articles met inclusion criteria and consisted of two randomized controlled trials, four controlled trials, and two observational cohort studies. Evidence quality ranged from low to high.

Conclusions: The ESDM is an effective intervention that improves cognition, language, and adaptive behavior. ESDM strategies delivered in community group settings and in the home by parents have potential to be efficacious and feasible.

Keywords: *early, start, denver model, autism*

Background

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental condition that manifests in early childhood usually before the age of 3. Characteristics of ASD comprise of deficiencies in social communication, including social-emotional reciprocity, and in social interaction; behavioral inflexibility; repetitive interests; sensory differences; and stereotypic movements or postures (Vivanti & Rogers, 2014). The social deficits characteristic of ASD are the result of a disruption in the processes requisite for social learning engagement within the context of cultural practices (Vivanti & Rogers, 2014). Such limitations include joint attention, affect sharing, imitation, understanding goals, and communicative use of language and play (Vivanti & Rogers, 2014). Since ASD is a lifelong disorder, it not only greatly affects the quality of life of both the individual and the family but also causes an unequal strain on the public health and education resources (Eapen, Črnčec, & Walter, 2013). In addition, intellectual disability is present in approximately 40% of the children with ASD, which further compromises educational and future vocational opportunities for those affected (Buescher, Cidav, Knapp, & Mandell, 2014). It was recently estimated that an individual with ASD costs an average \$1.4 million and \$2.4 million when it involves an intellectual disability over the course of a lifetime. Given these numbers, the United States spends approximately \$236 billion a year for individuals diagnosed with ASD, with special education and lost parental income absorbing the majority of costs (Buescher et al., 2014). Given that the current prevalence of ASD is 1 in 68 (Centers for Disease Control and Prevention, 2015), identifying children at risk for ASD early and sub-

sequent early intervention therapy are demanded of health care professionals, and nursing professionals in particular can play a critical role in this clinically important process.

Beginning at 18 months of age, the American Academy of Pediatrics advocates screening for ASD risk factors (Johnson & Myers, 2007). Currently, there are several studies exploring the use of screening tools at even younger ages, such as 12 months (Vivanti & Rogers, 2014). The goal of detecting ASD early is to prevent or lessen ASD onset and related impairments (Rogers et al., 2014). Early and appropriate access to Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) improves a child's long-term outcomes and reduces lifetime costs to the individual, family, and society (Eapen et al., 2013). Brain plasticity is highest throughout a child's first few years of life; as a child responds to stimuli from his or her environment, networks of neurons are established and reorganized (Eapen et al., 2013). It is for this reason that EIBI is critical for young children (Eapen et al., 2013). Since initiation of EIBI at the earliest possible age has demonstrated superior outcomes, it is imperative that there is an EIBI appropriate for toddlers diagnosed with ASD (Dawson et al., 2010; Vivanti & Rogers, 2014).

Fortunately, one such intervention designed for toddlers 12 to 60 months of age with ASD is the Early Start Denver Model (ESDM; Vivanti & Rogers, 2014). The ESDM is a manualized comprehensive therapy that emphasizes social learning processes and represents a mixture of relational, behavioral, and developmental therapeutic approaches (Vivanti & Rogers, 2014). The ESDM is a type of naturalistic developmental behavioral intervention (NDBI) that integrates applied behavior analysis (ABA) principles with principles identified by developmental science in a more naturalistic intervention (Schreibman et al., 2015). ABA is an evidence-based intervention that is based on theories of learning and operant conditioning (Mohammadzaheri, Koegel, Rezaee, & Rafiee, 2014). It was first introduced in the 1960s and has since demonstrated improved outcomes for children with ASD (Schreibman et al., 2015). However, even though the structured ABA procedures were effective at producing behavioral change, there were several difficulties encoun-

tered, including slow gains, requiring up to 40 intervention hours per week, and working with unmotivated children, which commonly resulted in escape-motivated disruptive behavior (Mohammadzaheri et al., 2014). In addition, research regarding early developmental learning processes demonstrated that teaching children in the context of natural environments led to increased generalization, a decreased need to teach the child directly, and accelerated learning when there is a natural relationship between a response and subsequent reward (Schreibman et al., 2015). As a result of the barriers associated with ABA, a desire to increase a child's responsiveness to the given task, and recent developmental science, early behavioral intervention shifted to more child-directed naturalistic behavioral methods (Mohammadzaheri et al., 2014; Schreibman et al., 2015). With NDBIs, a child is actively engaged in the learning experience, new experiences are connected with existing knowledge, instruction is developmentally appropriate for the child, and the intervention is delivered in the context of naturally occurring social activities that are meaningful to the child, such as play and daily routines (Schreibman et al., 2015). In addition, strategies are used to promote a child's initiation, spontaneity, and generalization (Schreibman et al., 2015).

Recent literature has demonstrated that early development of a child's social communication is influenced by the synchrony and rhythmicity of emotional, motor, and interpersonal rhythms, and this synchronization of rhythms enables adaptation and tuning to the external environment (Tordjman et al., 2015). The curriculum and teaching practices of the ESDM emphasizes interpersonal engagement through synchrony and reciprocity during teaching to decrease severity of ASD symptoms and to accelerate a child's cognitive, social-emotional, and language development (Tordjman et al., 2015). To establish and maintain coordinated activity that is synchronistic, the therapist initiates an interaction with the child and synchronizes his or her motor, emotional, and relational rhythms with the child's so they work in tandem (Tordjman et al., 2015). For instance, if the child is playing with an object with a rhythmic motor pattern, the therapist will copy this pattern using the same rhythms (Tordjman et al., 2015). Throughout the interaction, the therapist will alter his

or her behavior, movement, arousal level, and body position to mimic the child's (Tordjman et al., 2015). This type of synchronization can be accomplished during everyday routines in a child's natural environment, whether it is at home or school, and delivered by parents, family members, or therapists (Tordjman et al., 2015).

The ESDM program consists of a curriculum that defines what skills need to be taught and the procedures needed to impart the content, which allows for fidelity assessment of its implementation (Dawson et al., 2010). Learning objectives for a child with ASD are based on individual profiles of strengths and weaknesses, specifically focusing on developmental domains fundamental to social learning and social-cognitive development (Vivanti et al., 2014). Examples of such domains include communication, joint attention, imitating others, sharing of emotions, play skills, and social orienting (Vivanti et al., 2014). Finally, through involvement and optimization of a child's own spontaneous interests and motivation and a focus on synchrony and rhythms, the ESDM teaches tactics that encompass shared engagement, interpersonal exchange, and positive affect under real-life conditions (Dawson et al., 2010). These approaches are also aligned with ABA strategies, which include shaping, chaining, and operant conditioning (Vismara, Young, & Rogers, 2013).

Given that the current research concerning the ESDM varies greatly with regard to varying treatment approaches, conditions, ages, and lengths, the aim of this article is to systemically review the evidence and provide a statement concerning the science for use of the ESDM as a therapeutic treatment for young children with ASD. In addition, recommendations for how the ESDM could be used and implemented within the nursing community will be provided.

Design

To obtain relevant articles and perform a literature review of the current science, five electronic databases were searched: PubMed, Scopus, Web of Science, Embase, and CINAHL. Inclusion criteria included articles written in English that were data-based reports of original studies using randomized control studies, nonrandomized control studies, or observational designs and addressed the implementation of the ESDM and its effectiveness as a therapy for

young children with ASD younger than 5 years. Since the field of early intervention is rapidly evolving, only articles published from 2010 to 2015 were included in this review. Key words used included "Early Start Denver Model" and "autism." As shown in Figure 1, 49 articles were obtained for initial title review. Twenty-nine duplicate articles were removed, and three articles were excluded due to the lack of relevance within the title. After reviewing the abstracts of the remaining 17 articles, an additional 4 articles were removed due to lack of relevancy. The full text of 13 articles was then screened, and 5 articles were removed as they did not meet inclusion criteria. Therefore, eight articles remained and are summarized in Table 1. Data from each study were extracted using a standardized extraction sheet that was pilot tested prior to completion of this review. The quality of evidence and strength of recommendation for each article was graded using the Grading of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation system. All article screening activities and data extraction processes were completed by the first author.

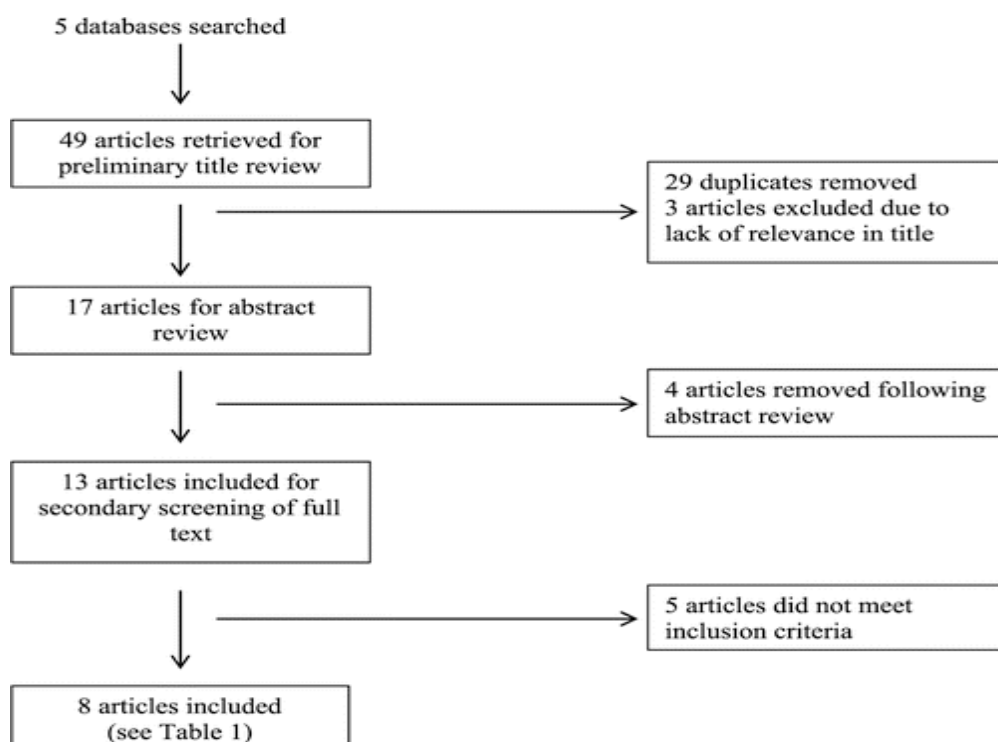


Figure 1. Decision tree for study inclusion on the evidence for the implementation of the Early Start Denver Model for young children with autism spectrum disorders.

Table 1. Evidence of the Early Start Denver Model Implementation for Young Children With Autism Spectrum Disorder.

Table 1. Evidence of the Early Start Denver Model Implementation for Young Children With Autism Spectrum Disorder.

Author and year published	Study type	Population	Intervention	Outcomes	GRADE ^a
Dawson et al. (2010)	RCT	Toddlers 18-30 months of age with ASD	This 2-year study involved random assignment of 48 children diagnosed with ASD or PDD-NOS to an ESDM intervention group or an A/M group. For the A/M group, referrals to community interventions were provided.	Compared to the A/M group, children assigned to the ESDM intervention demonstrated significant gains in IQ, adaptive behavior, and autism diagnosis.	High
Dawson et al. (2012)	Controlled trial	Toddlers 48-77 months of age with ASD and typical children of same age	In association with Dawson et al. (2010) study, EEG activity was measured after 2-year study during presentation of social (faces) and nonsocial (toys) stimuli.	ESDM improves a child's social behavior, and subsequently, brain activity related to social attention and engagement becomes normalized and comparable to typical children.	Moderate
Eapen, Črnčec, and Walter (2013)	Observational cohort study	Preschool, mean age 49.6 months, children with ASD	26 children with ASD received 15-20 hours of group-based and two 30-minute individual ESDM intervention per week by trained therapists while attending a childcare center. Average period was 10 months. No comparison group was used.	Participants made significant improvements in DQ, visual reception, receptive language, and expressive language. Significant increases were noted in receptive communication and motor skills, and there was a significant decrease in autism specific features.	Low
Estes et al. (2014)	Controlled trial	Toddlers aged 12-24 months at risk for ASD and their parents	In association with the Rogers et al. (2012) study, parenting stress (77 families) and sense of competence (83 families) were assessed at the start and end of the 12-week intervention.	P-ESDM caregivers reported lower parenting stress. Community group reported an increase in stress. There was no significant difference between groups with parent sense of competence, and the number of intervention hours had no significant relationship to parent stress or sense of competence.	Moderate
Rogers et al. (2012)	RTC	Toddlers aged 12-24 months at risk for ASD and their families	98 children with ASD were randomly assigned to either a 12-week, 1-hour per week of therapist contact, parent-delivered intervention (P-ESDM) or to community treatment as usual for 12 weeks.	There was no difference in the parent-child interaction or in any of the child outcomes with either group. Regardless of group, parent interaction skills improved and children exhibited an increased attainment of developmental skills and a decrease in symptoms. The community group received twice as many hours.	High
Rogers et al. (2014)	Controlled trial	Symptomatic infants aged 7-15 months	7 infants were matched to four comparison groups and engaged in a 12-week, low intensity treatment based on parental delivery of the ESDM.	At 9 months of age, the treatment group demonstrated significantly more symptoms than most of the comparison groups but were significantly less symptomatic than the two most affected groups between 18 and 36 months. At 36 months, the treated group had much lower rates of both ASD and DQs under 70 than a similarly symptomatic group who did not enroll in the treatment study.	Low
Vivanti et al. (2014)	Controlled trial	Toddlers aged 18-60 months diagnosed with ASD	To investigate the effectiveness and feasibility of the ESDM program delivered in a long-day care community service, 57 preschoolers with ASD received either 15-25 hours per week of ESDM (n = 27) or a community-based educational program in a similar setting with a similar level of intensity (n = 30).	Both groups showed significant improvement in cognitive skills, adaptive functioning, and social communication. Children in the ESDM intervention demonstrated significantly greater increases in developmental rate, receptive language, and cognitive abilities. Analysis of feasibility indicators suggests that the ESDM has the potential to be implemented under real-world conditions.	Moderate
Vismara, Young, and Rogers (2013)	Observational cohort study	24 community-based EI practitioners	EI practitioners engaged in a 4-day workshop to learn the ESDM. Fidelity was measured at the start and end of the workshop, and again at 4 months postworkshop.	At the end of the 4-day workshop, participants were delivering the ESDM interactive procedures at 80% or better fidelity. After the 4-month time frame, only 46% of participants submitted data. Those that did send data demonstrated high levels of fidelity to ESDM practices and generalization of skills to new children with ASD.	Low

Note. GRADE = Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation; RCT = randomized controlled trial; ASD = autism spectrum disorder; PDD-NOS = pervasive developmental disorder not otherwise specified; ESDM = Early Start Denver Model; A/M = assess and monitor; IQ = intelligence quotient; EEG = electroencephalogram; DQ = developmental quotient; P-ESDM = parent delivery of the Early Start Denver Model; EI = early intervention.
^aGRADE is a system for grading quality of evidence and strength of recommendation. Its four levels of evidence quality are very low, low, moderate, and high. Its strength of recommendation is strong or weak.

Results

Child Outcomes

The only randomized controlled trial that assessed the efficacy of the ESDM was administered by Dawson et al. (2010). Forty-eight children between 18 and 30 months of age and diagnosed with ASD or pervasive developmental disorder not otherwise specified were assigned randomly to an ESDM intervention group or an assess and monitor group. For 2 years, participants in the ESDM intervention were given annual assessments, 20 hours of ESDM clinician delivered therapy each week, training for parents during semi-monthly meetings, and 5 or more hours of parent-delivered ESDM therapy each week. Parents were also permitted to seek out additional services within the community. Parents were provided instruction on the ESDM strategies and

were encouraged to incorporate them throughout everyday activities. At baseline and the two follow-up assessments, the assess and monitor group received a comprehensive diagnostic evaluation and referrals to available community interventions. Participants were evaluated at the beginning of the intervention, at 1 year, and finally at 2 years or age 48 months depending on which was longer (Dawson et al., 2010).

Data from this study demonstrated that participants receiving the ESDM therapy had significant gains in IQ, adaptive behavior, and autism diagnosis compared to participants who received interventions within the community. The ESDM group also demonstrated a significant improvement for global communication, daily living skills, and motor skills. Overall, this study demonstrated that the ESDM is an efficacious therapy for increasing a child's cognition and adaptive behavior and for decreasing the severity of ASD symptoms. It also showed that the ESDM can increase rate of development overall, and it can be used in daily life. Results also further support previous literature demonstrating that early detection and intervention can greatly improve a child's developmental outcome (Dawson et al., 2010).

An additional study by Dawson et al. (2012) describes a secondary outcome measure from the previously described trial in the Dawson et al. (2010) study. Since there is an interest regarding if and by what mechanisms can early intervention modify the path of brain development, the secondary outcomes measured involved electrocardiogram (EEG) activity. Since the interaction between a child and his or her environment results in the acquisition, organization, and function of social and language brain circuitry, it is thought that children with ASD will exhibit negative effects on behavior and brain development because of the lack of social engagement. This study hypothesized that the ESDM, which is constructed to increase social attention and interaction, would promote cognitive and language development and ultimately change the development of a child with ASD toward normal development (Dawson et al., 2010).

After the 2-year study, EEG activity was measured for children now 48 to 77 months of age during the presentation of social (faces) versus nonsocial

(toys) stimuli. The study also assessed typical children of the same age. Results indicated that both the ESDM group and typical children allotted more attention and cognitive processing presented with the social stimuli (faces) when compared to the nonsocial stimuli (toys). In particular, when both groups viewed the social stimulus, they demonstrated a faster neural response and an increased cortical activation. In contrast, the participants in the community group demonstrated the opposite. They exhibited a faster neural response and an increased cortical activation when presented with the nonsocial stimulus. While viewing faces, increased cortisol activity was correlated with enhanced social behavior. Last, EEG measurements from the ESDM group exhibited brain activity that is associated with attention engagement and social processing. This brain activity was comparable to typical children of the same age and different from the community group (Dawson et al., 2010).

Findings from this study suggest that the ESDM improves a child's social behavior, and subsequently, brain activity related to social attention and engagement becomes normalized and comparable to typical children. The observed changes in brain activity also emphasized the importance of early intervention for children with ASD as the increased plasticity of the brain during early development can change the developmental trajectory of the brain and thus behavior (Dawson et al., 2010).

Parent Delivery of the ESDM

Since parent-delivered interventions lead to increased generalization and maintenance of skills when compared to an intervention administered by therapists, parents and other family members have been identified as a key to successful early intervention programs (Rogers et al., 2012). Because of this known fact, Rogers et al. (2012) conducted a randomized controlled trial to analyze the efficacy of a 12-week, low-intensity intervention in which the parents delivered the ESDM to their toddler at risk for ASD. Ninety-eight children 12 to 24 months of age and their families were assigned either to community treatment as usual or to a parent delivery of the ESDM (P-ESDM).

Children in the P-ESDM group received 12 weekly, 1-hour therapist sessions in which parents were coached on the ESDM (Rogers et al., 2012).

Children were assessed at the start and end of the 12-week intervention. Results of this study showed no difference in the interaction between the parent and child or in any of the child outcomes with either group. Regardless of group assignment, parents' interaction skills improved and children exhibited an increased attainment of developmental skills and a decrease in symptoms. When comparing hours of intervention received, the community group received significantly more hours (Rogers et al., 2012).

The goal of this study was to investigate the efficacy of a parent-delivered intervention. However, because most of the local community treatments require parental involvement, it is probably that parents in the community group also received coaching. In addition, the community interventions may be similar to that of P-ESDM. Therefore, this study could not control for parental involvement or type of therapy received. An additional flaw of this study involved its short time frame of 12 weeks. It was noted that parents were not mastering the instructed techniques until Weeks 8 or 9, and as a result, the P-ESDM group was not receiving the full effect of the intervention until the very end. A final limitation of this study involves not knowing what the quantity and quality is of the child-parent interaction occurring in the home. Parents reported a wide range of 0 to 15.9 treatment hours. Parent fidelity was measures when the parent and child were at the clinic but not at home (Rogers et al., 2012). One important finding from this study was that regardless of intervention group, children who were younger and those who received more intervention hours demonstrated a greater improvement in development, behavior, and verbal and nonverbal skills. Therefore, these results exhibit further support that identification of children at risk for ASD and needing early intervention needs to occur as early as possible, and that the number of intervention hours makes a difference (Rogers et al., 2012).

In association with the previous Rogers et al. (2012) study, an additional study was conducted by Estes et al. (2014) to see whether involvement in the P-ESDM intervention would improve parental stress and sense of competence.

As indicated by Estes et al., parents of children with ASD have increased levels of parenting-related and psychological stress. However, studies have exhibited mixed results in regards to the relationship between parent stress and child-focused interventions (Estes et al., 2014). Several studies have reported a decrease in stress, others no difference, and some an increase as participation in intensive early intervention requires time, energy, and resources from families (Estes et al., 2014). Since early diagnosis and intervention are considered best practice, and parental involvement is encouraged since it leads to better outcomes, it is important to understand how interventions delivered by parents affect the parents (Estes et al., 2014).

Of the 98 families that were enrolled in the Rogers et al. (2012) study, 83 completed the Parent Sense of Competence questionnaire, and 77 families completed the Questionnaire on Resources and Stress at baseline and again at the follow-up 3 months later. Results from the questionnaires demonstrated that caregivers who received coaching on the ESDM reported no change in parenting stress and that caregivers receiving intervention within the community reported an increase in parenting stress. With regard to PSOC, there was no significant difference between the groups, and the amount of intervention hours was not significantly related to stress sense of competence. These findings are consistent with previous studies. One possibility for the cause of decrease in stress in the P-ESDM, which is consistent with other studies, is that the P-ESDM emphasizes a collaborative coaching process. Training programs collaborate with parents to teach strategies that are easily adopted, putting the parents front and center to work with their child while they receive coaching and support throughout the treatment. As a result, interventions that encourage collaborative coaching strategies to support and encourage parental participation may improve the parents' well-being. In addition, this finding could be attributed to the fact that the P-ESDM intervention involves one central provider, which means that parents receive all information and guidance from one person instead of multiple members of a team, each of whom has a specific concentration of therapy and provides recommendations that may not be inte-

grated into a comprehensive treatment plan. Last, parents in the P-ESDM group may have had lower stress because curriculum and associated skills are clearly outlined in the ESDM. It is important to note however, that there was no difference between the groups in parental sense of competence. One hypothesis for this finding relates to the main limitation of the study, which was the short time frame of 12 weeks. Parents did not master the instructed techniques until Weeks 8 or 9. Therefore, a study that involves parent coaching of the ESDM over a longer interval and whether this can increase parental sense of competency is needed (Estes et al., 2014).

Again in 2014, Rogers et al. piloted a 12-week, low-intensity program in which parents delivered the ESDM therapy to infants 7 to 15 months of age who were highly symptomatic for ASD. The goal of the intervention was to decrease symptoms and developmental patterns of early ASD (Rogers et al., 2014).

In the infant start (IS) treatment group, there were only seven infants. For comparison groups, 126 infants were matched to one of three treatment groups: (1) high-risk children who did not have ASD but had an older sibling with ASD, (2) low-risk children who did not have ASD and had an older sibling without a developmental disorder, and (3) autism outcome (AO) children who were diagnosed with ASD by 36 months of age. In addition, there was a declined referral (DR) fourth comparison group that involved four children who were eligible for the IS group but declined to participate (Rogers et al., 2014).

The treatment intervention involved 12 weekly 1-hour sessions, followed by a maintenance phase of 6 weeks, which involved hour-long sessions every other week. During the maintenance phase, parents discussed child progress and any related barriers or problems, and a therapist observed play interactions. Children were assessed after the initial 12-week intervention, and again when they were 15, 18, 24, and 36 months of age. If a child showed any problems at any assessment, families were referred to interventions within the

community. Fidelity of the treatment implementation was measured for both the parent and the therapist (Rogers et al., 2014).

Results of parent fidelity indicated that all parents exhibited progress over the treatment phase, and they maintained skills at each of the three follow-up visits. At the start of the intervention when the infants were 9 months of age, the IS group demonstrated significantly more symptoms when compared to the other comparison groups, except the DR group. Results from this study showed that over the 18 to 36 month age period, the IS group exhibited significantly lower autism severity scores when compared to the AO group but did not show a significant difference during any age period for visual reception scores. At 18 to 36 months, the IS group showed significantly higher quotients when compared to the DR group. The rate of acceleration in language development was greater for the IS group than all other groups, and participants transitioned from delayed to average by 24 to 36 months. The rate of accelerated development experienced by the IS group between 12 and 24 months contrasts all other groups. Therefore, at 36 months of age, children in the IS group were less impaired by symptoms of ASD and had less developmental delays when compared to the AO group (Rogers et al., 2014). However, because this trial was not randomized and controlled, it is difficult to discern if the developmental course of the infants in the IS group would have been similar to those in the AO and DR groups had they not had the intervention.

Limitations of this pilot study include the very small sample size of seven, lack of randomization and control, and lack of generalizability of this treatment since treatment sessions were conducted by highly experienced, credentialed professionals. Overall, this study demonstrated that a treatment for this age-group is needed, especially with the increased screening of ASD and public awareness. The outcomes of children in the treatment group at age 3 years in relation to the comparison groups indicate the need and importance for a controlled trial (Rogers et al., 2014).

Community-Based Delivery of the ESDM

Even though Dawson et al. (2010) demonstrated evidence that the ESDM is efficacious, Vivanti et al. (2014) argues that these interventions, which are carried out in rigorous trials, are not always implemented in the way they were originally intended when extended into community practice. Therefore, in an effort to evaluate whether the positive results documented in previous trials extend to the community settings, Vivanti et al. studied the effectiveness and feasibility of the ESDM program delivered in a long-day care community service. To evaluate this effectiveness, Vivanti et al. (2014) analyzed the outcomes of 27 preschoolers with ASD who received 15 to 25 hours per week of ESDM in a community long-day care service for 12 months in comparison to 30 preschool children who received a community-based educational program in a similar setting with a similar level of intensity. In addition, feasibility of the ESDM in the context of a long-day community child care setting was explored. Feasibility included acceptability by program participants, demand for the program, implementation, practicality, and adaptation and integration to implement the program into the existing infrastructure. Child-staff ratio ranged from 1:2 to 1:4 depending on the children's learning needs. A multidisciplinary team that included speech pathologists, occupational therapists, early years teachers, a psychologist, and child care professionals taught both groups. Parents of the ESDM group received six 2-hour parent information sessions on the ESDM strategies and were encouraged to implement these in the home. However, parent fidelity was not measured in this study. Effectiveness was measured through assessments conducted at baseline and 12 months after initiation (Vivanti et al., 2014).

After the 12-month period, both groups exhibited significant improvement in cognitive skills, adaptive functioning, and social communication. Children in the ESDM intervention demonstrated significantly greater increases in developmental rates, receptive language development, and cognitive abilities (Vivanti et al., 2014).

Based on several parent surveys, the program was accepted by the majority of parents. In terms of demand, since the start of the program, 255 fami-

lies have applied, thus indicating greater demand than expected. Implementation of the program was a success as the ESDM trained staff executed the required components of the program consistently. Further analysis also exhibited the program's practicality and ease of adaptation and integration into the existing infrastructure (Vivanti et al., 2014).

Strengths of this study include replication of similar outcomes documented previously in the 1:1 ESDM implementation Dawson et al. (2010) study. The fact that both groups made significant improvement in cognitive skills, adaptive functioning, and social communication once again indicates the benefit of an early intervention program for preschools with ASD. This study demonstrated that in addition to administering ESDM successfully 1:1, it can be implemented in the community-based group settings. Analysis of feasibility indicators proposes that the ESDM has the potential to be implemented under real-world conditions, and the two groups were similar in cost. Even though this cost is high, a community-based child care service is more sustainable when compared to the significantly higher cost of 1:1 therapy. In addition, the child care setting allowed for families to engage in employment and other community activities since they did not need to be present for therapy, as they are required to do when therapy is administered 1:1. Limitations of this study include its small sample size and its location, which was Australia. When assessing feasibility, legislations vary significantly across different countries, and as a result, more research needs to be conducted within the United States in order to confirm feasibility. Last, this program was not accessible for families that could not afford the required day care fees. Therefore, there is a need for research that explores universal accessibility of early intervention programs for all children with ASD (Vivanti et al., 2014).

An additional study conducted by Vismara et al. (2013) also explored how the ESDM can be translated into the community setting. Since the publication of the study by Dawson et al. (2010), community-based early intervention (EI) practitioners and parents have demanded training in the ESDM (Vismara et al., 2013). Since fidelity and correct implementation of therapy are concerns with all behavioral treatments, this study explored whether the

same degree of integrity and training instituted in a university research setting could be transported to the community. Researchers implemented and offered a 4-day ESDM training workshop to 24 community EI practitioners. Fidelity was measured at the beginning and end of the 4-day training and again 4 months later (Vismara et al., 2013).

At the workshop's conclusion, participants were all implementing the ESDM procedures at 80% or better fidelity. To assess how participants were implementing the ESDM within the community, participants were asked to send in training materials. However, at 4 months, only 46% of the participants sent in data (Vismara et al., 2013).

A large weakness of this study involved the low compliance rate of 46% at 4 months postworkshop. Due to this low rate, it is thought that participants may have encountered barriers that interfered with submission of requested data within the time frame or may have changed their mind about adopting the program. For those participants who did submit materials, all maintained high levels of fidelity and demonstrated generalization of skills to new children. Overall, even though this is a small sample, these findings provide support for the use of an abbreviated workshop to train EI professionals adequately, and maintenance of fidelity performance over time is achieved. Further research examining the implementation and successful adoption of a new therapy into an established community setting is needed (Vismara et al., 2013).

Further attempts to evaluate the effectiveness of the ESDM in a community child care setting were made by Eapen et al. (2013) in Australia. Recognizing that programs involving resource intensive 1:1 clinical intervention are not readily available or disseminated into the community, Eapen et al. (2013) designed a study for preschool-aged children with ASD using the ESDM in a community child care setting. Twenty-six children with ASD averaging 49.6 months of age received 15 to 20 hours of group-based and two 30-minute individual ESMD interventions per week by trained therapists while attending a child care center for an average time frame of 10 months. The ratio of staff to child was 1:4, and class size was up to 10

children. Assessments were conducted before and after the intervention period (Eapen et al. 2013).

Participants in the ESDM intervention made significant improvement in overall developmental quotient, visual reception, and both receptive and expressive language. Parents described a significant increase in receptive communication and motor skills, and a significant reduction in symptoms of ASD. However, this was not a controlled study, and therefore there is no comparison control group. The authors of this study point out using several previous studies that these significant improvements appear to be greater than what may have been expected due to maturation, but to confirm this hypothesis, a control group is required (Eapen et al., 2013).

Since this study demonstrated statistically significant improvements in various outcomes, it offers evidence that the ESDM can be disseminated within the community. Limitations include small sample size and lack of a control group. In addition, this study provided no specific parent training component, but optional parent education evenings were offered. Therefore, it is unclear how well, or if not at all, ESDM strategies were implemented in the home (Eapen et al., 2013).

Conclusion

The literature and science reviewed in this article demonstrate the promising use of the ESDM as an intervention for young children with ASD. The one randomized controlled trial conducted by Dawson et al. (2010) demonstrated its efficacy for increasing a child's cognition and adaptive behavior and decreasing the severity of ASD symptoms. In addition, it showed that the ESDM can increase rate of development overall, and it can be used in daily life (Dawson et al., 2010). While examining a secondary outcome measure, EEG, Dawson et al. (2012) found that the ESDM improves a child's social behavior, and subsequently, brain activity related to social attention and engagement becomes normalized and comparable to typical children.

Inclusion of parents and other members of the family has been identified as key to successful early intervention programs and results in increased generalization and maintenance of skills (Rogers et al., 2012). From the three

studies that examined the effectiveness of a parent-delivered ESDM intervention, it is important to note that it takes time, 8 to 9 weeks, to master ESDM strategies, and participation in an ESDM intervention program may decrease parental stress (Estes et al., 2014; Rogers et al., 2012). A main problem with parental delivery of ESDM is that the fidelity, quality, and quantity of the intervention are unknown.

Again, the Dawson et al. (2010) study demonstrated evidence that the ESDM is efficacious at the university level; however, a lack of resources and the high cost of intensive therapy remain barriers for most families. As a result, several studies explored whether the ESDM could be implemented in a group setting within the community. The study conducted by Vivanti et al. (2014) demonstrated the success and feasibility of ESDM in a community-based group setting. Implementation of community-based group settings for young children with ASD would be more sustainable than 1:1 therapy and would allow for families to engage in employment and other community activities. Last, the study by Vismara et al. (2013) also explored the possibility of implementing the ESDM in a community-based group setting by training EI therapists during a 4-day workshop. Due to the low response rate of 46%, the answer to their hypothesis remains unclear. However, for those participants who did submit materials at 4 months, all maintained high levels of fidelity and demonstrated generalization of skills to new children. Therefore, this study does support the use of an abbreviated workshop to train EI professionals adequately (Vismara et al., 2013).

Limitations of this literature review include the limited number of included articles and the overall quality of evidence, as only one article was a randomized controlled trial. In addition, only one author conducted the literature search, manuscript screening, and data extraction activities. Limiting articles published within the past 5 years and including only articles that specifically include the implementation of the ESDM and studies comparing its effectiveness narrowed the scope of the systemic review but strengthened the evidence overall as the included articles demonstrate the most recent evidence regarding the implementation of the ESDM.

Since social deficits characteristic of ASD are the result of a disruption in the processes requisite for social learning engagement within the context of cultural practices, further research should specifically investigate the mechanisms of social learning in typical and atypical children and how the brain changes in response to these educational treatments (Vivanti & Rogers, 2014). In addition, further exploration of how children diagnosed with ASD learn from others, the circumstances under which they learn, how social learning involves mirror mechanisms, and how the reward-processing system works are needed (Vivanti & Rogers, 2014).

Parents and family members have been identified as key to successful early intervention program. However, caregivers raising a child diagnosed with ASD are at an increased risk for stress, depression, feelings of isolation, and lack of confidence, and they require informational and emotional support. Therefore, additional research is necessary in order to develop the most effective ways to provide parental support, decrease stress, and improve sense of competence, which will ultimately improve the quality of the early intervention program (Estes et al., 2014). Further inquiry into the cause of parental stress, what improves sense of competence, and how stress and sense of competence can change depending on the severity of ASD symptoms is warranted (Estes et al., 2014). Last, further research should investigate how cultural differences in parent-child play styles could influence play-based models such as the ESDM, the sustainability of the ESDM, long-term outcomes of the ESDM, and how the ESDM compares with other NDBIs.

In summary, this article systemically reviewed the evidence and science for use of the ESDM as a therapeutic treatment for young children diagnosed with ASD. Results of the included studies indicate that early diagnosis and intervention leads to better outcomes, the ESDM is an efficacious intervention for young children with ASD, parents have the potential to deliver ESDM effectively in the home, and community-based group settings using the ESDM intervention have contributed to greater increases in developmental rates, receptive language development, and cognitive abilities (Dawson et al., 2010; Eapen et al., 2013; Rogers et al., 2012; Vivanti et al., 2014).

It is imperative that health care professionals are knowledgeable about the efficacy of different interventions for children with ASD, help guide parents toward the proper therapy, and serve as advocates for children with ASD and their families to obtain the best intervention possible. The nursing community in particular has the potential to play a vital role in screening, diagnosing, and providing treatment for children with ASD. Nurses in both outpatient and acute care settings should be educated on the signs and symptoms of ASD outlined in the DSM-V, as they have the opportunity to identify undiagnosed children with ASD, administer screening tools, and advocate for appropriate therapy. In addition, nurses have the potential to deliver therapy, such as the ESDM, in the clinical, community, or home setting. The studies reviewed in this article demonstrated that parents, early intervention specialists, and teachers could all be trained in the ESDM in as little as 4 days and that fidelity of its implementation is maintained (Rogers et al., 2012; Rogers et al., 2014; Vismara et al., 2013). As access to community-based settings delivering the ESDM is limited, there is an opportunity to expand access by training nurses to deliver this effective and vital therapy. Due to the design of the ESDM, fidelity of its implementation can be assessed, which allows for assured quality of the therapy.

Nurse practitioners should also be aware of the signs and symptoms of ASD, the proper screening tools and how to interpret them, and the appropriate, evidence-based treatment recommendations. Since early diagnosis of ASD and access to early intervention improves a child's long-term outcomes, nurse practitioners aware of the symptoms of ASD can assist in detecting children with ASD early and providing access to early intervention.

Overall, the ESDM is a promising intervention for young children with ASD. The current research supporting its use and efficacy is limited, and the scope for future research in this area is vast. However, one randomized controlled trial clearly demonstrates its efficacy when delivered by trained therapists, and its implementation as a parent-delivered intervention or in a community-based group setting is promising. With an increasing prevalence of children with ASD and an emphasis on early detection and intervention, it is

essential that all nurses in every specialty area and setting be aware of the signs and symptoms of ASD, tools to use for screening, criteria for diagnosis, and therapy that is effective and evidence based. Last, as access to appropriate early intervention is limited, nurses should have the opportunity to become trained in the ESDM and the ability to implement and teach therapeutic strategies within the clinical, community, and home-based setting.

Acknowledgements

The author acknowledges Margaret Souders, PhD, CRNP, Assistant Professor, University of Pennsylvania School of Nursing, for her expertise and support in the field of autism spectrum disorders.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

1. Buescher A.V., Cidav Z., Knapp M., Mandell D.S. (2014). Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 168, 721–728. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.210
2. Centers for Disease Control and Prevention . (2015). Autism spectrum disorder (ASD). Retrieved from <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html>
3. Dawson G., Jones E.J., Merkle K., Venema K., Lowy R., Faja S., Webb S. J. (2012). Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1150–1159. doi:10.1016/j.jaac.2012.08.018
4. Dawson G., Rogers S., Munson J., Smith M., Winter J., Greenson J., Varley J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125, e17–e23. doi:10.1542/peds.2009–0958

5. Eapen V., Črnčec R., Walter A. (2013). Clinical outcomes of an early intervention program for preschool children with autism spectrum disorder in a community group setting. *BioMed Central Pediatrics*, 13(3). doi:10.1186/1471-2431-13-3
6. Estes A., Vismara L., Mercado C., Fitzpatrick A., Elder L., Greenson J., Rogers S. (2014). The impact of parent-delivered intervention on parents of very young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 353–365. doi:10.1007/s10803-013-1874-z
7. Johnson C. P., Myers S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120, 1183–1215. doi:10.1542/peds.2007-2361
8. Mohammadzaheri F., Koegel L.K., Rezaee M., Rafiee S.M. (2014). A randomized clinical trial comparison between pivotal response treatment (PRT) and structured applied behavior analysis (ABA) intervention for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2769–2777. doi:10.1007/s10803-014-2137-3
9. Rogers S.J., Estes A., Lord C., Vismara L., Winter J., Fitzpatrick A., Dawson G. (2012). Effects of a brief Early Start Denver Model (ESDM) -based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1052–1065. doi:10.1016/j.jaac.2012.08.003
10. Rogers S.J., Vismara L., Wagner A.L., McCormick C., Young G., Ozonoff S. (2014). Autism treatment in the first year of life: A pilot study of infant start, a parent-implemented intervention for symptomatic infants. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2981–2995. doi:10.1007/s10803-014-2202-y
11. Schreibman L., Dawson G., Stahmer A.C., Landa R., Rogers S.J., McGee G.G., Halladay A. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 2411–2428. doi:10.1007/s10803-015-2407-8
12. Tordjman S., Davlantis K.S., Georgieff N., Geoffray M., Speranza, M., Anderson G.M., Dawson G. (2015). Autism as a disorder of biological and behavioral rhythms: Toward new therapeutic perspectives. *Frontiers in Pediatrics*, 3. doi:10.3389/fped.2015.00001

13. Vismara L.A., Young G.S., Rogers S.J. (2013). Community dissemination of the Early Start Denver Model: Implications for science and practice. *Topics in Early Childhood Special Education*, 32, 223–233. doi:10.1177/0271121411409250
14. Vivanti G., Paynter J., Duncan E., Fothergill H., Dissanayake C., Rogers S.J., & Victorian ASELCC Team . (2014). Effectiveness and feasibility of the Early Start Denver Model implemented in a group-based community childcare setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 3140–3153. doi:10.1007/s10803–014–2168–9
15. Vivanti G., Rogers S.J. (2014). Autism and the mirror neuron system: Insights form learning and teaching. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1644). doi:10.1098/rstb.2013.0184

Компетентностно-ориентированные задания по теме «Обучение детей с расстройствами аутистического спектра раннего возраста»

1. Подготовьте аннотации современных сравнительных исследований по данной теме, представленных в пособии.
2. Напишите реферат на тему «Модели раннего сопровождения детей с аутизмом и родителей их воспитывающих», включающий литературный обзор отечественных и зарубежных статей.
3. На основе проведенного анализа охарактеризуйте основные направления развития системы ранней помощи семьям, воспитывающим детей с аутизмом.

*Электронное учебное издание
сетевого распространения*

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ

Учебно-методическое пособие

Подписано к использованию 25.02.2020.
Формат 60x84 1/16. Гарнитура «Times New Roman».
Усл. печ. л. 52,9. Заказ 132/2

Издательство Казанского университета

420008, г. Казань, ул. Профессора Нужи́на, 1/37
тел. (843) 233-73-59, 233-73-28