

**Бюджетное учреждение высшего образования  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Сургутский государственный педагогический университет»**

**Региональный ресурсный центр  
образовательных технологий по работе с детьми,  
имеющими особенности развития**

# **Выявление признаков аутистических расстройств у детей дошкольного возраста**

*(Методические рекомендации)*

**г. Сургут  
2019 г.**

Выявление признаков аутистических расстройств у детей дошкольного возраста. Методические рекомендации. Дайджест по материалам печати и Интернета [Рукопись] : Бюджет. учреждение высш. образования Ханты-Манс. авт. округа – Югры «Сургут. гос. пед. ун-т», Региональный ресурсный центр;. – Сургут, 2019. – 76 с.

Вёрстка и оригинал-макет: И. О. Еремеева

## Содержание

<b>Введение.....</b>	<b>4</b>
<b>Часть 1. Проблемы диагностики расстройств аутистического спектра.....</b>	<b>5</b>
<b>Часть 2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика аутистических расстройств.....</b>	<b>10</b>
<b>Часть 3. Психолого-педагогическая классификация детей с РАС (по О.С. Никольской).....</b>	<b>24</b>
3.1. Особенности развития и поведения детей 1 ой группы.....	24
3.2. Особенности развития и поведения детей 2 й группы.....	25
3.3. Особенности развития и поведения детей 3 й группы.....	26
3.4. Особенности развития и поведения детей 4 ой группы.....	27
<b>Часть 4. Методы выявления признаков расстройств аутистического спектра у детей дошкольного возраста.....</b>	<b>29</b>
4.1. Диагностическая карта аутичного ребенка (по К. С. Лебединской, О. С. Никольской).....	32
4.2. Схема обследования аутичного ребенка (по Е.С.Иванову).....	43
4.3.Протокол педагогического обследования детей с расстройствами аутистического спектра (по Хаустову А.В., Красносельской, Е.Л., Хаустовой, И.М. ....	48
4.4. Протокол пошаговой диагностики РАС (по Н.Л.Горбачевской).....	67
4.5. Психологический скрининг.....	68
<b>Заключение.....</b>	<b>72</b>
<b>Список литературы и источников.....</b>	<b>73</b>

## Введение

Аутизм является мультидисциплинарной проблемой, находящейся на пересечении множества дисциплин и специальностей.

Обращение к материалам журнала «Аутизм и нарушения развития», издающимся Федеральным ресурсным центром по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра МГППУ показывает, что сегодня в Российской Федерации отсутствуют достоверные статистические данные о частоте встречаемости РАС и, следовательно, о количестве людей с аутизмом в стране. Плохо разработаны принципы статистического учета лиц с РАС. Когда нет надежных данных, невозможно планировать работу по созданию системы помощи людям с аутизмом, правильно оценить социальную значимость проблемы.

Сегодня в России отсутствует институт ранней диагностики и раннего вмешательства применительно к детям с РАС. Это объясняют тем, что диагноз «детский аутизм» в возрасте до 3 лет поставить невозможно. Между тем, выявление группы риска в первые 18-24 месяца жизни – обычная практика в большинстве развитых стран. Такое раннее вмешательство на порядок повышает эффективность коррекционной работы в целом. Мировая практика показывает, что помощь детям с аутизмом должна быть комплексной при ведущей роли психолого-педагогических методов и оказываться должна как можно раньше. В практике диагноз РАС может быть поставлен в возрасте 3 лет. Но некоторые особенности поведения ребенка с РАС проявляются гораздо раньше. И уже при первом появлении некоторых симптомов должна оказываться помощь ребенку, что даст возможность избежать некоторых сложностей на более старших возрастных этапах. Высокая распространенность РАС требует адекватных методов их ранней диагностики. В ряде исследований было показано, что раннее вмешательство позволяет предотвратить развитие вторичных поведенческих нарушений.

Можно ли в раннем возрасте диагностировать аутизм? Согласно Н.Л.Горбачевской, наши знания о раннем развитии детей с РАС становятся все более полными. Применение стандартизированных скрининговых методов в раннем возрасте дает возможность распознавать аутизм уже на втором году жизни, а диагностика многопрофильной командой специалистов позволяет максимально рано оказывать эффективную помощь, хотя расстройство аутистического спектра не так уж и часто проявляется во младенчестве. Тем не менее, родителям стоит обратить внимание на некоторые тревожные сигналы, которые будут рассмотрены в данных методических рекомендациях.

Часто бывает и так, что до 2–3 лет дети развиваются нормально, а затем происходит регресс, они утрачивают ранее приобретенные навыки. Вместе с тем, предыдущий «благополучный» период развития ребенка, внушает родителям ложный оптимизм, что это просто временные ухудшения, которые «раз уж начались сами собой, то сами собой и пройдут» без всякого вмешательства.

Учитывая, что РАС – это медицинский диагноз, который ставится врачом-психиатром, цель данных методических рекомендаций можно сформулировать как повышение грамотности педагогов, родителей и всех заинтересованных лиц в области диагностики расстройств аутистического спектра.

Предлагаемые материалы методических рекомендаций могут быть интересны также студентам, обучающимся на направлениях подготовки 44.03.01 – Педагогическое образование, 44.03.02 – Психолого-педагогическое образование и 44.03.03 – Специальное (дефектологическое) образование всех уровней (и бакалавриата, и магистратуры). Педагоги не ставят диагноз воспитанникам, они не имеют на это никакого права, но у них появится возможность понять, что происходит с ребенком и вовремя рекомендовать родителям обратиться к соответствующему специалисту.

## Часть 1. Проблемы диагностики расстройств аутистического спектра

Вначале необходимо разобраться в том, что представляют собой расстройства аутистического спектра. Это очень сложный вопрос, на который пытаются ответить не только медики, но и биологи, и нейропсихологи, и ряд представителей других наук. Если исходить из того, что РАС – это диагноз, который ставит врач-психиатр, то, прежде всего, необходимо обратиться к определению РАС в медицинских изданиях.

Диагноз «расстройство аутистического спектра» в МКБ-10 отсутствует.

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

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

Хотя всех людей с аутизмом объединяют трудности в определенных сферах, это расстройство по-разному отражается на каждом отдельном человеке. Некоторые люди с аутизмом могут жить относительно независимой жизнью, в то время как другие могут иметь дополнительные нарушения обучения и нуждаются в пожизненной поддержке со стороны специалистов. Кроме того, люди с аутизмом обычно отличаются гипер- или гипочувствительностью к звукам, прикосновениям, вкусам, запахам, освещению или цвету, о чем пойдет речь в данной главе, а также о самых ранних симптомах, возникающих у малыша с периода новорожденности.

18 июня 2018 г., спустя 18 лет после публикации МКБ-10, ВОЗ опубликовала версию МКБ-11, с тем, чтобы обеспечить презентацию МКБ-11 на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2019 г. для ее утверждения странами. МКБ-11 вступит в силу с 1 января 2022 года (цит. по: <https://www.who.int/ru/health-topics/international-classification-of-diseases>).

В МКБ-11 введена новая рубрика «Нейроонтогенетические расстройства» («Neurodevelopmental disorders»), в которую входят расстройства интеллектуального развития, РАС, нарушения развития речи и моторных навыков. Группа РАС расширилась: теперь в неё входят ранний детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Аспергера. Это сделано для акцентуации внимания на сохранности интеллекта, чтобы в будущем подобрать для пациента более подходящий образовательный маршрут (цит. по: <http://psyandneuro.ru/novosti/neurodevelopmental-disorders/>).

**Расстройства аутистического спектра** – это общее расстройство развития, характеризующееся стойким дефицитом способности поддерживать и инициировать социальное взаимодействие и социальные связи, а также ограниченными интересами и часто повторяющимися поведенческими актами (цит. по: О Концепции комплексного сопровождения людей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре до 2020 год, утв. Правительством ХМАО-Югры от 5 мая 2017 года № 261-пп).

Н.Л. Горбачевская, д.б.н., профессор, руководитель научной лаборатории ФРЦ, дает следующее определение расстройствам аутистического спектра: это пожизненные нарушения развития нервной системы, возникающие на самых ранних этапах онтогенеза. Основные особенности расстройств аутистического спектра включают постоянные трудности в вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченные повторяющиеся модели поведения, интересов или деятельности.

Эти расстройства, влияют на важнейшие аспекты человеческого поведения, такие как социальное взаимодействие, коммуникация, выражение сложных идей и эмоций, формирование и поддержание межличностных отношений. Трудности коррекции этих

расстройств обусловлены тем, что они нарушают основные врожденные программы человека – социальные и коммуникативные. Изложенное можно представить так:



Современные нейроанатомические исследования, свидетельствует Н.Л. Горбачевская, убедительно доказывают, что в основе поведенческих нарушений при аутизме лежит патология развития нейрональных структур мозга. Основные модели аутизма указывают на атипичное развитие нейрональных связей между функциональными отделами мозга : чрезмерное увеличение локальных связей и дефицит удаленных связей ( Kana, R. K . et al, 2011; Emerson, R. W. et al., 2017). В исследованиях показаны нарушения связей соматосенсорной коры, зрительной коры и субкортикальных областей мозга при аутизме ( Chen, C. P. et al. 2015). До 3-х лет обнаруживается ускоренный рост лобной коры, височной коры и миндалевидного тела, затем остановка и нейродегенерация.

По данным Onore, C.; Careaga, M.; Ashwood, P. (2014) расстройства психики аутистического спектра встречаются в 1% случаев среди детей современной человеческой популяции. Эта тяжелая инвалидизирующая патология является актуальной проблемой психиатрии, которая до сих пор не нашла своего решения.

В последние десятилетия утвердилось представление о генетической гетерогенности синдрома расстройств психики аутистического спектра. Аутизм может встречаться при хромосомных и генетических синдромах, пороках развития головного мозга, болезнях обмена и др. Генные и хромосомные причины составляют от 25 до 50% случаев аутизма, при этом – чем тяжелее проявления аутизма. Тем более вероятна его генетическая природа. Этиологию удастся установить лишь в 40% случаев. По данным многих авторов, риск развития аутизма возрастает с увеличением возраста отца на момент зачатия. Аутизмом страдают до 50 % больных с синдромом ломкой X-хромосомы, 5-10% детей с синдромом Дауна, 16-48 % больных туберозным склерозом. Также аутизм характерен для синдромов Ангельмана, Жубера, Козна, эпилептических энцефалопатий, особенно синдрома Веста. Конкордантность аутизма у однояйцовых близнецов составляет 70-95 %, а у dizygotic – 10-24%. Аутистические проявления (отдельные черты) присутствуют у родственников больного в 90% случаев. У мальчиков аутизм диагностируется в 4 раза чаще, чем у девочек.

Frye R.E. (2015) в недавнем фундаментальном обзоре, посвященном этой проблеме, рассматривает генетические нарушения ферментов фолатного цикла и митохондриальную патологию как основу расстройств аутистического спектра у детей. Помимо этого, мутации гена синтазы оксида азота позиционируются как причина аутистических расстройств в некоторых семьях. Тем не менее, все чаще описывают раритетные причины расстройств аутистического спектра. Так, Biamino E. (2016) с соавт. сообщили недавно о новой делеции 3q29, ассоциированной с аутизмом, интеллектуальным снижением, другими психическими расстройствами и ожирением.

На данный момент накоплены доказательства участия иммунных механизмов в патогенезе расстройств аутистического спектра у детей, что может открыть дорогу для апробации иммунотерапевтических вмешательств при этом тяжелом и распространенном недуге. По-видимому, эти иммунные нарушения являются результатом генетической патологии, лежащей в основе предрасположенности к развитию аутизма у людей.

Так, продемонстрирована тесная связь расстройств аутистического спектра с некоторыми локусами гистосовместимости, подобно ряду аутоиммунных и аллергических синдромов человека. Puangpetch A. с соавт. (2015) представили контролируемое клиническое исследование по типу случай-контроль, посвященное изучению указанной ассоциации. Показали, что аллели HLA-B 13:02 ( $P = 0,019$ ;  $OR = 2,229$ ), HLA-B 38:02 ( $P = 0,049$ ;  $OR = 1,628$ ), HLA-B 44:03 ( $P = 0,016$ ;  $OR = 1,645$ ) и HLA-B 56:01 ( $P = 1,78 \times 10^{-4}$ ;  $OR = 4,927$ ) встречаются достоверно чаще среди пациентов с расстройствами психики аутистического спектра по сравнению со здоровыми лицами контрольной группы. По-видимому, такие локусы гистосовместимости являются предрасполагающим фактором к развитию аутизма. В то же время, аллели HLA-B 18:02 ( $P = 0,016$ ;  $OR = 0,375$ ) и HLA-B 46:12 ( $P = 0,008$ ,  $OR = 0,147$ ) отрицательно коррелировали с фенотипом расстройств психики аутистического спектра, что указывает на определенный протективный эффект этих вариантов молекул гистосовместимости по отношению к аутизму. Ранее Johnson W.G. с соавт. (2009) показали, что аллель HLA-DR4 является фактором риска развития аутизма у людей.

У детей с расстройствами психики аутистического спектра описаны различные формы первичных иммунодефицитов, а исследования, посвященные некоторым первичным иммунным дисфункциям, указывают на повышенный риск развития аутизма. Juonouchi H. с соавт. (2017) в специально спланированном исследовании показали связь расстройств спектра аутизма с первичным дефицитом специфических антиполисахаридных антител, что может объяснить склонность к рецидивирующей пневмококковой инфекции, отмечающуюся у многих детей с аутизмом, а также - к аллергическим и аутоиммунным осложнениям. В соответствии с этим, Whiteley P. (2017) продемонстрировал повышенную частоту стрептококковых инфекций, включая импетиго, в раннем детстве у детей с расстройствами аутистического спектра. Ранее Santaella M.L. с соавт. (2008) в контролируемом исследовании продемонстрировали, что у ближайших родственников пациентов с первичным избирательным дефицитом IgA резко повышен риск развития расстройств психики аутистического спектра. В соответствии с этим, Warren R.P. с соавт. (2010) показали тесную связь изолированного дефицита IgA и аутистического спектра у детей, выделив отдельную подгруппу пациентов с аутизмом, страдающую этим гуморальным иммунодефицитом. Wasilewska J. с соавт. (2015) выявили аномально низкую сывороточную концентрацию IgA и резко повышенную экспрессию молекулы CD23 на поверхности В-лимфоцитов периферической крови у детей с признаками регрессивного аутизма в возрасте 3-6 лет. В другом контролируемом испытании Russo A.J. с соавт. (2015) продемонстрировали, что дефицит миелопероксидазы фагоцитов является специфическим признаком иммунного статуса пациентов с расстройствами спектра аутизма, который, по-видимому, и определяет типичное развитие иммуноопосредованного кишечного синдрома у таких детей. Неоднократно сообщали об ассоциации аутизма с избирательным дефицитом субклассов IgG и неклассифицированной гипоглобулинемией. Аутистические черты описаны при различных вариантах первичных иммунодефицитных состояний.

Имеющиеся нарушения иммунитета - не просто свидетель патологического процесса при аутизме, но и активный участник патогенеза, так как именно нарушениями иммунного статуса можно объяснить ряд хорошо известных особенностей детей с расстройствами спектра аутизма, включая аномально низкую резистентность к ряду оппортунистических микроорганизмов, склонность к генерации аллергических и аутоиммунных осложнений и плохую переносимость вакцин. Имеются доказательства,

что иммунодефициты напрямую влияют на развитие аутизма, тяжесть и динамику психических нарушений. Так, Neuer L. с соавт. (2017) в специально спланированном исследовании установили, что степень редукции уровней основных классов иммуноглобулинов в сыворотке крови тесно коррелирует с тяжестью аутистических расстройств психики у детей. Согласно результатам исследования Grether J.K. с соавт., Grether J.K. (2016) аномально низкая концентрация IgG в сыворотке крови новорожденного является независимым фактором риска развития расстройств аутистического спектра в будущем.

Помимо иммунодефицита, у пациентов с расстройствами психики аутистического спектра отмечаются признаки иммунной дисрегуляции (Dario S. с соавт., 2018), характерные для аутоиммунных и аллергических синдромов. Описаны угнетение миграции макрофагов при добавлении основного белка миелина, сниженный митоген-индуцированный бластогенез лимфоцитов, малое количество Т-клеток с нарушенным соотношением хелперов и супрессоров, сниженное количество Т-хелперов и В-лимфоцитов, дефицит цитотоксических Т-лимфоцитов, низкая активность естественных киллеров.

У детей с аутистическим спектром Dipasquale V. (2017) отмечает также признаки гиперпродукции провоспалительных цитокинов, включая фактор некроза опухоли альфа, интерлейкин-1бета и интерлейкин-6, что согласуется с представлениями об иммунной дисрегуляции при аутизме. Данные последнего систематического обзора и мета-анализа контролируемых клинических исследований показывают повышение сывороточной концентрации провоспалительных медиаторов интерлейкина-1бета ( $P<0,001$ ), интерлейкина-6 ( $P=0,03$ ), интерлейкина-8 ( $P=0,04$ ), интерферона-гамма ( $P=0,02$ ), эотаксина ( $P=0,01$ ) и моноцитарного хемотаксического фактора 1 ( $P<0,05$ ) и снижение содержания противовоспалительного цитокина трансформирующего фактора роста бета1 ( $P<0,001$ ) у детей с расстройствами спектра аутизма ( $n=743$ ) по сравнению со здоровыми пациентами ( $n=592$ ). Как известно, эти цитокины обладают нейротропными эффектами и могут модулировать психическую деятельность у детей с аутистическим спектром, например, стимулировать гиперактивность.

Имеются неединичные сообщения о появлении аутизма у взрослых и детей после перенесенных эпизодов нейроинфекций, преимущественно - оппортунистической природы. Эти оппортунистические нейроинфекции, как правило, развиваются у иммуноскомпрометированных лиц, что согласуется с приведенными выше данными о наличии иммунодефицита и иммунной дисрегуляции у пациентов с аутистическим спектром. Так, Ghaziuddin M. с соавт. в 2002 году сообщили о появлении симптомов аутизма после перенесенного височного долевого энцефалита, вызванного простым вирусом герпеса 1 типа. В результате этих наблюдений Binstock T. в 2002 году выдвинул гипотезу, что сочетанное развитие психических и кишечных симптомов у пациентов с расстройствами аутистического спектра в некоторых случаях может быть связано с проникновением вируса простого герпеса 1 типа в нейроны передней инсुлярной коры в результате трансольфакторной миграции патогена из слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Ряд исследований (Mangiola F. et al., 2016, Rosenfeld C.S. et al., 2015, Vuong H.E. et al., 2017) посвящены обнаружению аномально большой микробной нагрузки у пациентов с расстройствами психики спектра аутизма, что является непрямым доказательством наличия иммунной дисфункции у таких пациентов. Кишечный синдром, являющийся характерным для детей с расстройствами аутистического спектра, также имеет иммунозависимый механизм развития. Кишечные нарушения, отмечающиеся у пациентов с аутизмом, могут иметь три различных фенотипа: энтеропатии с элементами непереваренной пищи в стуле, колита с персистирующими запорами или обоих расстройств одновременно.



Одним из объяснений кишечного синдрома является развитие целиакии, о которой ранее неоднократно сообщали в контексте ассоциации с избирательным дефицитом IgA, дефицитом естественных киллерных Т-лимфоцитов и других первичных иммунодефицитов. Связь между гиперчувствительностью к пищевым антигенам и психическими расстройствами Vuong Н.Е. с соавт. (2017) усматривают в нарушении функционирования оси микробиота-кишечник-мозг, ключевую роль в которой играют тучные клетки. Lau N.M. с соавт. (2013) провели контролируемое клиническое испытание, в котором показали повышенную сывороточную концентрацию IgG к глиадину у детей с расстройствами психики аутистического спектра по сравнению со здоровыми сверстниками. Кроме того, концентрация антиглиадиновых IgG была выше у детей с расстройствами спектра аутизма, у которых отмечались гастроинтестинальные проявления, по сравнению с участниками исследуемой группы, у которых аутизм не был ассоциирован с кишечным синдромом. Связи расстройств спектра аутизма с антителами к тканевой транслугтаминазе и дезаминированным пептидам глиадина не было обнаружено. В то же время, Rosenspire A. с соавт. (2015) выявили subgroupу детей с расстройствами психики аутистического спектра, у которых кишечные проявления были ассоциированы с повышенным титром IgA к тканевой транслугтаминазе 2 типа.

Известны также случаи гиперчувствительности к казеину коровьего молока как причины нарушения деятельности кишечника у детей с аутизмом. de Magistris L. с соавт. (2017) провели контролируемое исследование, посвященное обнаружению антител против пищевых антигенов у детей с диагнозом расстройств психики аутистического спектра. Показали, что титр IgG к глиадину и дезаминированному пептиду глиадина достоверно выше среди детей с аутизмом по сравнению со здоровыми сверстниками, причем отмечалась лишь частичная положительная динамика после назначения безглютеновой диеты. Высокая сывороточная концентрация IgG к казеину встречалась у больных детей достоверно чаще, а уровень этой концентрации оказался намного выше, чем в контрольной группе. Повышенная проницаемость кишечной стенки зарегистрирована в 25,6% случаев среди пациентов с аутизмом и только в 2,3% случаев в группе контроля.

Помимо целиакии, описаны особые иммуноопосредованные лимфоцитарные формы поражения желудочно-кишечного тракта у детей с аутизмом, которые напоминают диффузную лимфоидную нодулярную интестинальную гиперплазию, характерную для изолированного дефицита IgA и других гуморальных иммунодефицитов, или воспалительные заболевания кишечника при дефиците естественных киллеров и естественных киллерных Т-лимфоцитов. Так, Russo A.J. с соавт. описали илеоцекальную лимфоидную нодулярную гиперплазию кишечника у детей с расстройствами аутистического спектра, напоминающую лимфоцитарную нодулярную гиперплазию кишечника у пациентов с первичными иммунодефицитами. Вместе с тем, Torrente F. с соавт. (2002) охарактеризовали тонкокишечную энтеропатию с эпителиальными депозитами молекул комплемента и IgG у детей с регрессивным аутизмом.

Контролируемое испытание, проведенное Mari-Bauset S. с соавт. (2016), в котором изучался эффект безглютеновой и безказеиновой диеты на развитие детей с расстройствами аутистического спектра. Продemonстрировано улучшение качества жизни, набора массы тела, микроэлементного и витаминного статуса у детей, пребывающих на специальной диете по сравнению с пациентами, которые получали обычную пищу без ограничения глютена и казеина. Последний систематический обзор Sanctuary M.R. с соавт. (2018), посвященный анализу контролируемых испытаний в области ограничительной диеты при аутизме, рекомендует применять безглютеновую и безказеиновую диету с целью улучшения деятельности кишечника и оптимизации общего нутритивного статуса ребенка. Не продемонстрировано прямого эффекта диеты на состояние психики у детей с аутизмом. По-видимому, хорошо известные случаи уменьшения выраженности аутистических расстройств после назначения специальной

диеты связаны с непрямыми эффектами улучшения функции кишечника на общее развитие ребенка.

Таким образом, проблемы выявления признаков аутистических расстройств у детей дошкольного возраста связаны с определением содержательных признаков самого явления и недостаточной разработанностью инструментария.

## **Часть 2. Клинико-психолого-педагогическая характеристика аутистических расстройств**

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

Причины появления расстройств аутистического спектра и масса других фактов на сегодняшний день остаются неясными. Ученые смогли выделить несколько факторов риска, хотя цельной картины механизма развития данной патологии еще нет. Имеет место фактор наследственности: согласно статистике, среди родственников ребенка с аутизмом есть по крайней мере 3-6 % людей с такими же расстройствами. Это могут быть так называемые микросимптомы аутизма, например, стереотипное поведение, снижение потребности в социальном общении. Ученым даже удалось выделить ген аутизма, хотя его наличие не является 100 % гарантией развития отклонений у ребенка. Считается, что аутические расстройства развиваются при наличии комплекса разных генов и одновременном воздействии факторов внешней или внутренней среды. К причинам можно отнести структурные и функциональные нарушения головного мозга. Благодаря исследованиям удалось выяснить, что у детей с подобным диагнозом часто изменены или уменьшены лобные отделы коры головного мозга, мозжечок, гиппокамп, срединная височная доля. Именно эти части нервной системы отвечают за внимание, речь, эмоции (в частности, эмоциональную реакцию при совершении социальных действий), мышление, способности к обучению. Было замечено, что довольно часто беременность протекает с осложнениями. Например, имело место вирусное поражение организма (корь, краснуха), тяжелый токсикоз, эклампсия и прочие патологии, сопровождающиеся гипоксией плода и органическими поражениями мозга. С другой стороны, этот фактор не является универсальным — множество детей после тяжелой беременности и родов развиваются вполне нормально.

**Некоторые тревожные сигналы, проявляющиеся в раннем детстве:** с ребенком трудно наладить зрительный контакт. Он не смотрит в глаза. Отсутствует и привязанность к матери или отцу — малыш не плачет, когда они уходят, не тянет ручки. Вполне возможно, что ему не нравятся прикосновения, объятия. Малыш отдает предпочтение одной игрушке, и его внимание ею полностью поглощено. Имеется задержка в развитии речи — к 12-16 месяцам ребенок не издает характерных звуков, не повторяет отдельные небольшие слова. Дети с нарушением аутического спектра редко улыбаются. Некоторые дети бурно реагируют на внешние раздражители, например, звуки или свет. Это может быть связано с гиперчувствительностью. Ребенок ведет себя неадекватно по отношению к другим детям, не стремится к общению или играм с ними. Сразу стоит сказать, что эти признаки не являются абсолютными характеристиками аутизма. *Если есть подозрения,*

*лучше обратиться к специалисту — только врач может провести правильную диагностику.*

Аутистический спектр у детей может проявляться по-разному. На сегодняшний день выделено несколько критериев, на которые нужно обязательно обращать внимание: Основным симптомом аутизма является нарушение социальных взаимодействий. Люди с таким диагнозом не могут распознавать невербальные сигналы, не чувствуют состояния и не различают эмоций окружающих людей, что вызывает трудности в общении. Нередко наблюдаются проблемы со зрительным контактом. Такие дети, даже подрастая, не проявляют особого интереса к новым людям, не участвуют в играх. Несмотря на привязанность к родителям, малышу трудно проявлять свои чувства. Проблемы с речью также присутствуют. Ребенок гораздо позже начинает говорить, или же речь отсутствует вовсе (зависит от разновидности нарушения). Вербальные аутисты часто имеют небольшой словарный запас, путают местоимения, время, окончания слов и т. д. Дети не понимают шуток, сравнений, воспринимают все буквально. Имеет место эхолалия. Аутистический спектр у детей может проявляться нехарактерной жестикуляцией, стереотипическими движениями. В то же время им трудно сочетать разговор с жестами. Характерные особенности детей с расстройствами аутистического спектра — повторяющиеся модели поведения. Например, ребенок быстро привыкает ходить одной дорогой и отказывается свернуть на другую улицу или зайти в новый магазин. Часто формируются так называемые «ритуалы», например, сначала нужно надеть правый носок и лишь затем левый, или сначала нужно бросить в чашку сахар и лишь потом заливать водой, но ни в коем случае не наоборот. Любое отклонение от выработанной ребенком схемы может сопровождаться громким протестом, припадками гнева, агрессией. Ребенок может привязаться к одной игрушке или неигровому предмету. Игры малыша часто лишены сюжета, например, он не разыгрывает бои с игрушечными солдатами, не строит замки для принцессы, не раскатывает машинки по всему дому. Дети с аутистическими расстройствами могут страдать от гипер- или гипочувствительности. Например, есть дети, которые усиленно реагируют на звук, причем, как отмечают уже взрослые люди с подобным диагнозом, громкие звуки не только их пугали, но вызывали сильную боль. То же может относиться к кинестетической чувствительности — малыш не чувствует холода, или, наоборот, не может пройти босиком по траве, так как ощущения его пугают. У половины детей с подобным диагнозом наблюдаются особенности пищевого поведения — они категорически отказываются есть какие-то продукты (например, красные), отдают предпочтение какому-то одному блюду.

В обыденной жизни существует точка зрения, что аутисты обладают некой гениальностью. Это утверждение неверно. У высокофункциональных аутистов уровень интеллекта, как правило, средний или чуть выше нормы. А вот при низкофункциональных расстройствах вполне возможна задержка развития. Лишь 5–10 % людей с подобным диагнозом действительно обладают сверхвысоким уровнем интеллекта. Дети с аутизмом не обязательно имеют все вышеперечисленные симптомы — у каждого ребенка свой набор нарушений, причем разной степени выраженности.

В основе диагноза «аутизм» лежит анализ поведения, а не причинных факторов или механизмов расстройства. Известно, что признаки аутизма обнаруживаются иногда с раннего детства, когда ребенок ни телесно, ни эмоционально не отзывается на участие окружающих его взрослых. Позднее можно выявить у ребенка значительные отличия от возрастной нормы: сложности (или невозможность) построения коммуникации; овладения игровыми и бытовыми навыками, способности их переносить в новую обстановку и т.п. Кроме этого, у ребенка могут проявляться агрессия (самоагрессия), истерика непонятной причины, стереотипные действия и предпочтения т.п.

Таблица 1

### **Особенности развития ребенка: норма и РАС 3 месяца**

Физиологическое развитие	РАС
<b>Моторное развитие</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья и хорошо удерживая голову.</li> <li>• Тянется за предметом, но, как правило, промахивается.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неуверенная опора на предплечья.</li> <li>• Неуверенно удерживает голову, лежа на животе.</li> <li>• Одновременное движение головы и плечевого пояса (в горизонтальной плоскости: то в одну, то в другую сторону).</li> <li>• Периодами одновременное подтягивание ног к животу, биеение обеими ножками по постели.</li> <li>• Расщеплённый захват большим и указательным пальцами, нередко волос матери с кручением их двумя первыми пальцами, напоминающим «сучение пряжи».</li> <li>• В кистях рук, в трёх крайних пальцах периодически появляются волнообразные движения, напоминающие атетозные.</li> </ul>
<b>Слух</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поворачивает голову к источнику звука.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отвержение слухового восприятия, отсутствие готовности к прислушиванию.</li> </ul>
<b>Зрение</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Взгляд внимательный, фиксирует взгляд с расстояния 20–25 см. Следит за объектом несколько секунд.</li> <li>• Наблюдает за движением рук. Рассматривает мелкие объекты на расстоянии более 25–30 см.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Взгляд в себя», «в никуда», отсутствуют фиксация взгляда на лице человека, зрительное сосредоточение.</li> </ul>
<b>Социальное поведение и понимание</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Комплекс оживления на говорящее лицо.</li> <li>• Смеётся, когда с ним играют. Узнаёт мать.</li> <li>• Распознаёт знакомые повторяющиеся ситуации (кормление, купание). Выказывает неудовольствие, когда оставляют одного.</li> <li>• Рассеивает гласные звуки.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тенденция к принятию эмбриональной позы.</li> <li>• Плач, сменяющийся состояниями безучастности, вялости. Зажмуривание и отстранение от прильнувшей к нему матери.</li> <li>• Не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним, негативизм к тактильному контакту (особенно при переодевании).</li> <li>• Не приспосабливается, когда мать держит его на руках.</li> </ul>

Описав характерные изменения в поведении трехмесячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о возможных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

Например, неуверенная опора на предплечья, плохой контроль положения головы, лежа на животе, может свидетельствовать о задержке моторного развития в структуре:

1. перинатального поражения ЦНС различной этиологии, о чем свидетельствуют данные отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза матери ребенка в совокупности с тяжестью состояния ребенка после рождения;
2. органического поражения ЦНС, что может быть подтверждено данными нейровизуализации в сочетании с данными оценки неврологического статуса;
3. гидроцефалии, диагноз которой устанавливается на основании данных КТ/МРТ и в ряде случаев после проведения спинномозговой пункции;
4. миопатии – структурные, врожденные, митохондриальные;
5. спинальные мышечные атрофии (например, СМА 1-го типа или болезнь Верднига-Гофмана, для которой характерно: раннее начало (до 6 месяцев), симптомокомплекс «вялого ребенка», выраженная гипотония, фасцикуляции языка);
6. генетических синдромов, сопровождающихся темповой задержкой моторного развития;
7. патологии сердечно-сосудистой системы;
8. патологии желудочно-кишечного тракта;
9. заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ, так, например, большинство аминокислотопатий в раннем возрасте дебютируют с задержки моторного развития, в дальнейшем присоединяя специфическую симптоматику (как соматическую, так и психоневрологическую);
10. текущего инфекционного процесса;
11. других патологических состояний со схожей клинической картиной.

При отсутствии слухового и /или зрительного сосредоточения в первую очередь необходимо исключить органическую природу данных изменений, необходимы консультации ЛОР-врача, офтальмолога, при необходимости, проведение аудиограммы, исследование вызванных зрительных и слуховых потенциалов.

Когда очевидными становятся движения в кистях рук, в трёх крайних пальцах, и/или периодически появляются волнообразные движения, напоминающие атетозные, необходимо проведение видео-ЭЭГмониторинга для исключения эпилептического генеза гиперкинезов.

Плач, сменяющийся состояниями безучастности, вялости может оказаться симптомом кишечных колик, купирующийся диетой матери или приемом лактозы при установленном диагнозе «лактазная недостаточность».

**Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:**

1. не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним, негативизм к тактильному контакту (особенно при переодевании);
2. не приспосабливается, когда мать держит его на руках;
3. «взгляд в себя», «в никуда», отсутствуют фиксация взгляда на лице человека, зрительное сосредоточение.

Таблица 2

6 месяцев	
Физиологическое развитие	РАС
Моторное развитие	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переворачивается с живота на спину, со спины на живот, повторяет одно и то же действие с предметами.</li> <li>• Ползает.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет попыток взять игрушку или что-то ещё и манипулировать этим: недостаточно стремление к деятельности, недостаточно успешна и сама деятельность.</li> <li>• Имеющиеся элементы деятельности стереотипны и</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Садится с минимальной поддержкой.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>лишены элементов целенаправленности.</li> <li>• Часто раскачиваются на локтях и коленях, многие не ползают.</li> </ul>
<b>Мелкая моторика</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Всё хватает, тянет в рот.</li> <li>• Перемещает предметы из одной руки в другую, держит бутылочку.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может ухватить игрушку.</li> <li>• Если вложить игрушку в руку, целенаправленных манипуляций не осуществляет.</li> </ul>
<b>Слух</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локализует звук справа и слева, реагирует на источник звука, находящийся под углом 45°, поворачивает голову в сторону источника звука.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения.</li> <li>• У некоторых – гиперсенситивность к отдельным звукам.</li> </ul>
<b>Зрение</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прослеживает взгляд взрослого, прослеживает объект на расстоянии до 1 м по дуге 180°, следит за шариком Ø 6 мм на расстоянии 3 м.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У многих – зрительная гиперсенситивность, испуг при включении света.</li> </ul>
<b>Речь</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Напевает», используя согласные.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У многих нет гуления, достаточно чётких фонем, не появляются первые слоги.</li> <li>• Сохраняется низкий горловой, похожий на утробный, крик.</li> <li>• Дети беспокойны, много плачут.</li> </ul>
<b>Социальное поведение, коммуникация и игра</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• При виде матери беспокоится или оживляется.</li> <li>• Тянет руки, когда хочет, чтобы его взяли на руки.</li> <li>• Отмечаются первые попытки подражания.</li> <li>• Хорошо ест из ложки. Любит играть с бумагой и другими шуршащими предметами. Улыбается отражению в зеркале. Играет в «ку-ку», при этом смеётся. К незнакомым людям дружелюбен, при приближении знакомых радуется.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Задержка узнавания лица матери. Не дифференцирует мать.</li> <li>• Не протягивает руки взрослому, как бы прося взять на руки.</li> <li>• Не пытается подражать.</li> <li>• Не различает живое и неживое (протодиакри-зис).</li> <li>• Возможна фиксация взгляда на лице матери (но не «глаза в глаза»).</li> <li>• Своих и чужих дифференцирует плохо и без выраженной эмоциональной реакции, то же – в отношении «позы готовности».</li> </ul>

Описывая характерные изменения в поведении шестимесячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о различных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

Например, то, что **ребенок не может ухватить игрушку**, может быть расценено как темповая задержка развития мелкой моторики, которая может купироваться массажем, занятиями, направленными на развитие мелкой и крупной моторики.

**Испуг при включении света** может быть простым парциальным приступом эпилепсии и требует проведения видео-ЭЭГ-мониторинга для верификации диагноза и решения вопроса о проведении адекватной терапии. Это крайне важно, особенно учитывая, что некоторое время назад было установлено, что у людей, страдающих аутизмом, достоверно выше риск эпилепсии. По данным Центра по контролю заболеваемости США, эпилепсия развивается у 7–46% больных аутизмом. Более того, больным как эпилепсией, так и аутизмом сложнее контролировать эпилептические приступы с помощью медикаментозных препаратов, так как на фоне этих препаратов могут усугубляться клинические проявления аутизма.

С другой стороны, **продолжающаяся задержка моторного и предречевого развития** может являться одним из первых проявлений заболевания из группы врожденных наследственных мозжечковых атаксий. Симптомы данной патологии, как правило, неспецифичны в данной возрастной категории и маскируются именно задержкой двигательного развития. Так, например, при атаксии Каймана дебют приходится на один год жизни, и первоначально обращает на себя внимание задержка психомоторного развития, к которой в дальнейшем присоединяется мозжечковая дисфункция непрогрессирующего типа, включающая в себя интенционный тремор, дизартрию и атактическую походку.

Характерная картина на МРТ головного мозга: гипоплазия полушарий и червя мозжечка. При мозжечковой атаксии с аниридией и умственной отсталостью (синдром Джиллеспи) также характерны: мозжечковая атаксия непрогрессирующего типа, умеренно выраженная задержка психического развития, дизартрия и широкие ареактивные зрачки с зазубренными краями вследствие гипоплазии радужки. На МРТ головного мозга: гипоплазия мозжечка (особенно каудальной части червя), моста мозга, супратенториальных структур, выявляются также очаговые изменения в белом веществе больших полушарий.

**Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:**

1. имеющиеся элементы деятельности стереотипны и лишены элементов целенаправленности;
2. частое раскачивание на локтях и коленях;
3. не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения;
4. гиперсенситивность к отдельным звукам;
5. у многих – зрительная гиперсенситивность, испуг при включении света;
6. задержка узнавания лица матери;
7. не дифференцирует мать;
8. не протягивает руки взрослому, как бы прося взять на руки;
9. не пытается подражать;
10. возможна фиксация взгляда на лице матери (но не «глаза в глаза»);
11. «своих» и «чужих» дифференцирует плохо и без выраженной эмоциональной реакции.

Таблица 3

12 месяцев

Физиологическое развитие	РАС
Двигательное развитие	



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Садится самостоятельно из положения лёжа.</li> <li>• Ползает на четвереньках.</li> <li>• Пытается встать или самостоятельно приседает и встаёт.</li> <li>• Ходит, держась за руку, ходит самостоятельно.</li> <li>• Указывает на объект указательным пальцем.</li> <li>• Поднимает шарик Ø 3 мм пинцетным захватом между большим пальцем и кончиком указательного пальца.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Большинство ходят, держась за руку взрослого, долго не переходят к самостоятельной ходьбе.</li> <li>• Походка «деревянная», порывистая, некоординированная.</li> <li>• Часто ходьба на цыпочках.</li> <li>• Ходьба и бег часто появляются фактически одновременно.</li> <li>• Мышечный тонус чаще снижен, реже изменён по гипертоническому или дистоническому типу.</li> <li>• Актуальный уровень развития моторики в сравнении с 6 мес. растёт медленно, увеличивается разрыв с возрастной нормой.</li> </ul>
<b>Слух</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поворачивается, когда слышит собственное имя.</li> <li>• Дифференцирует тон голоса.</li> <li>• Локализует источник звука по вертикали.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• На собственное имя часто не реагирует.</li> <li>• У части детей – гиперсенситивность к звукам, некоторые не реагируют на звук, несмотря на отсутствие нарушений слуховой сенсорной системы.</li> </ul>
<b>Зрение</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Видит и следит за шариком Ø 3 мм, поднимающимся на высоту 3 м.</li> <li>• Сравнивает (подбирает в пару) два разных объекта.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фиксирует взгляд на объектах со спокойной, монотонной динамикой: текущая вода, сыплющийся песок и т.п.</li> <li>• Глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»).</li> <li>• Настойчивый поиск определённых зрительных ощущений.</li> </ul>
<b>Речь</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лепет, имитирующий структуру предложений.</li> <li>• Подражание звукам.</li> <li>• Первые слова («мама», «папа», «баба», «дай», «на» и т.п., реже названия предметов).</li> <li>• Понимает отдельные слова, инструкции, сопровождаемые жестами, простую обращённую речь.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мутизм или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом, чаще не симпрактические. «Мама» («папа», «баба»), «дай» редко и без обращения.</li> <li>• Задержка понимания обращённой речи, избирательная реакция на речь.</li> </ul>
<b>Социальное поведение и игра</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Имитирует звуки и движения (например, хлопает в ладоши).</li> <li>• Пьёт из чашки, ест пальцами, ищет спрятанную игрушку.</li> <li>• Указывает на объект, который хочет получить.</li> <li>• Обращает внимание на лицо говорящего.</li> <li>• Аффективно реагирует на непонимание взрослыми своих желаний, выражает несогласие с</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отношения с матерью иногда по типу «симбиоза», некоторые «не видят» мать.</li> <li>• Обследует людей как неодушевлённые предметы.</li> <li>• Детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним.</li> <li>• Не указывают пальцем на интересующий объект.</li> <li>• Не пытаются разделить свои впечатления, эмоции с другими.</li> <li>• Примитивные манипуляции с неигровыми предметами или использование игрушек не по назначению.</li> </ul>



<p>ситуацией.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Демонстрирует совместное внимание, исследовательское поведение.</li> <li>• Беспокоится, когда к знакомым взрослым подходят незнакомые.</li> <li>• Выполняет простейшие бытовые действия (ест ложкой, пытается причёсываться).</li> <li>• Играет с водой, мелкими предметами, проявляет интерес к простым механизмам, устройствам.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• О витальных потребностях могут сигнализировать, но без обращения.</li> <li>• Задержка формирования навыков опрятности.</li> </ul>
---	--

Описывая характерные изменения в поведении 12-месячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о различных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

**Длительно несамостоятельная, некоординированная ходьба** – данные симптомы могут быть первыми проявлениями таких патологических состояний как:

1. миопатия, наследственная атаксия – для исключения данных заболеваний необходима консультация генетика;
2. болезни накопления.

Говоря о наследственных атаксиях, дифференциальный диагноз следует проводить с атаксией – телеангиоэктазией (синдром Луи-Бар), для которой характерно начало на первом году жизни, темповая задержка моторного развития, в дальнейшем отмечается «смазанность» речи, гипомимия, нарушение психического развития. Типичными являются хореоатетодные гиперкинезы, создающие впечатления постоянного двигательного беспокойства ребенка. Специфический симптом в виде телеангиоэктазий появляется позднее неврологических симптомов, как правило, после трех лет;

3. ортопедические и ревматологические нарушения, которые необходимо исключить путем проведения специальных функциональных и лабораторных тестов.

**Снижение или изменения мышечного тонуса по дистоническому или гипертоническому типам** может явиться симптомом:

1. недифференцированной дисплазии соединительной ткани (особенно в сочетании с гипермобильностью в крупных и мелких суставах, пролапсом в клапанном аппарате сердца);
2. заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ, и многих других патологических состояний.

**Изолированная ходьба на цыпочках** может оказаться единственным симптомом заболевания – идиопатическая ходьба на пальцах.

**Задержка понимания обращенной речи или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом**, данные симптомы могут сопутствовать:

1. течению когнитивной эпилептиформной дезинтеграции. Когнитивная эпилептиформная дезинтеграция (КЭД) – симптомокомплекс приобретенных нарушений высших психических функций у детей, ассоциированный с выраженной эпилептиформной активностью на ЭЭГ, при отсутствии эпилептических приступов. При этом допускается возможность единичных эпилептических приступов в анамнезе. Термин КЭД не идентичен понятию «эпилептическая энцефалопатия», так как в последнем случае когнитивные нарушения могут быть обусловлены частыми эпилептическими приступами, как, например, при синдромах Веста, Драве, Леннокса-Гасто и многих других. При КЭД глобальные приобретенные нарушения когнитивных, речевых функций и поведения у детей обусловлены разрывом нейрональных связей развивающегося мозга в результате постоянной продолженной эпилептиформной активности в условиях «врожденного

нарушения процессов созревания мозга», которое, по-видимому, генетически детерминировано и нередко сочетается с внутриутробной гипоксией; 2. аномалиям развития головного мозга;

3. последствиям перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (особенно важно дифференцировать в случае ангиографически подтвержденного кровоизлияния в непосредственной близости от речевых центров, в частности, восприятие звуков речи, за которое отвечает центр Вернике (находится в слуховой коре височной доли), а воспроизведение звуков, слов, фраз – речедвигательная функция, которая обеспечивается центром Брока (располагается в нижних отделах лобной доли). По современным данным, у правой речи обычно (в 95–97% случаев) контролируется левым полушарием, у левой – чаще правым (примерно в 70%), а иногда обоими (примерно в 13–15%; у остальных левшей языком управляет, как у большинства правой, левое полушарие).

Таблица 4

#### Симптомы речевых нарушений при повреждении различных зон мозга

Поврежденная область мозга	Симптомы	Название афазии
Лобная доля левого полушария, третья лобная извилина – зона Брока.	Затруднения в произнесении слов. Понимание речи, чтение и письмо не нарушены. Больной осознает свой дефект.	<b>Афазия Брока</b>
Височная доля левого полушария, задняя часть первой височной извилины или зона Вернике.	Затруднения в произнесении звуков и слов отсутствуют, речь беглая, но бессмысленная, содержит несуществующие слова, ритм, интонации, грамматические формы сохранены. Понимание речи, чтение и письмо сильно нарушены. Больной не осознает дефект.	<b>Афазия Вернике</b>
Нервные волокна, соединяющие третью лобную и заднюю часть височной извилины (зоны Брока и Вернике).	Речь беглая, бессмысленная, повторение фразы затруднено. Сохранена некоторая способность к пониманию речи и чтению	<b>Проводниковая афазия</b>
Область между первичной слуховой корой и зоной Вернике.	Понимание устной речи нарушено. Устная речь и письмо не нарушены. Понимание письменной речи сохранено.	<b>Словесная глухота</b>
Угловая извилина – место соединения височной, теменной и затылочной долей левого полушария.	Неспособность назвать предметы, имя человека, нарушение памяти на слова в их связи с предметами.	<b>Анатомическая афазия (аномия – неспособность вспомнить слово и дать название предметам и явлениям)</b>
Обширное поражение левого полушария.	Нарушение всех языковых функций.	<b>Глобальная афазия</b>

Для предварительного топического определения зоны возможного повреждения важно помнить, что участие левого полушария необходимо для обнаружения и опознания артикулированных звуков речи, а правого – для опознания интонаций, транспортных и бытовых шумов, музыкальных мелодий. Восприятие и генерация звуков речи, а также более высокий уровень общей речевой активности обеспечиваются левым полушарием, а улучшение выделения сигнала из шума – правым.

Правое полушарие не способно реализовывать команду для продуцирования речи, но оно обеспечивает понимание устной речи и написанных слов. Понимание речи, осуществляемое правым полушарием, ограничено конкретными именами существительными, в меньшей степени – отглагольными существительными, еще в меньшей степени – глаголами. Правое полушарие обеспечивает понимание эмоционального содержания интонаций, опознание по голосу, участвует в модуляции частот голоса.

**Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:**

1. на собственное имя часто не реагирует;
2. у части детей – гиперсенситивность к звукам, некоторые не реагируют на звук, несмотря на отсутствие нарушений слуховой сенсорной системы;
3. глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»);
4. мутизм или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом, чаще не симпрактические. «Мама» («папа», «баба»), «дай» редко и без обращения;
5. детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним;
6. не указывают пальцем на интересующий объект;
7. не пытаются разделить свои впечатления, эмоции с другими;
8. о витальных потребностях могут сигнализировать, но без обращения.

Таблица 5

### 18 месяцев

Нормальное развитие	РАС
Двигательное и сенсорное развитие	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ходит, бегает.</li> <li>• Перестает бросать игрушки на пол с расчётом, что поднимут и вернут, перестает тащить игрушки в рот.</li> <li>• Поднимает шарик Ø 3 мм точным пинцетным захватом.</li> <li>• Ест ложкой, пьёт из чашки самостоятельно.</li> <li>• Различает мелкие детали на картинках.</li> <li>• Демонстрирует хорошие возможности ототопики.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ходят либо крайне осторожно, либо порывисто, импульсивно.</li> <li>• Становятся более выраженными стереотипии: серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью.</li> <li>• Двигательные стереотипии носят вычурный характер.</li> <li>• Постукивания двумя первыми пальцами, три остальных прижаты к ладони.</li> <li>• Более высокий уровень ловкости в привычной обстановке, чем в непривычной.</li> <li>• Попытки развития навыков общей и тонкой моторики недостаточно успешны и неравномерны по результату.</li> <li>• У части детей – явное предпочтение использования периферического зрения.</li> <li>• Контакт «глаза в глаза» малодоступен.</li> <li>• Многие не любят яркого света, некоторые не боятся темноты, любят быть в тёмной комнате.</li> <li>• У многих сохраняется стремление к обнюхиванию и облизыванию.</li> </ul>

Речевое развитие	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Различает по назначению и названию многие предметы.</li> <li>• Выполняет простые инструкции, показывает части тела.</li> <li>• Использует в речи до двадцати и более слов.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Речевое развитие искажено и нарушено в разной степени: мутизм; отдельные слова, слабо соотносимые с предметом; эхолалии; слова-штампы, фразы-штампы; запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов.</li> <li>• В речи отсутствует обращение.</li> <li>• Понимание обращённой речи отстаёт от нормы, но иногда маскируется ассоциативными реакциями.</li> <li>• Отставание формирования речевого слуха.</li> </ul>
Коммуникативное развитие	
Протодекларативно указывает на объект, выражая интерес (совместное внимание), просит о помощи, использует жест, мимическую экспрессию.	Вместо обращения за помощью – констатация потребностей. Речь, жесты, мимика, позные реакции в целях общения не употребляются или употребляются очень мало и не вполне адекватно. Иногда воспроизведение стихов, песен без осмысления содержания. У некоторых развиваются симбиотические отношения с матерью, у части детей – «не замечает», «не видит» мать.
Социальное поведение и игра	
Копирует действия взрослых, любит сидеть на коленях и чем-нибудь заниматься (например, рассматривать книги). Начинает проситься на горшок. Эмоционально зависим от взрослых. Осмысленно играет с игрушками, в играх есть социоимитативные и сюжетные элементы.	Отвержение помощи при обучении и в быту или, наоборот, чрезмерная зависимость от неё; стремление к постоянству в окружающем. Неразвито двигательное подражание. Запаздывание формирования бытовых навыков, навыков самообслуживания и опрятности. Диссоциация в применении навыков в спонтанной и произвольной ситуациях. Игра примитивная, стереотипная, манипулятивная, лишённая подражательности и элементов сюжета, часто используются неигровые предметы.

Описывая характерные изменения в поведении 18-месячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о различных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

**Крайне осторожная, либо порывистая, импульсивная ходьба** свойственна детям:

1. с наследственными атаксиями;
2. синдром Мартина Бела.

Мутизм – может являться симптомом такого заболевания, как «приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера)». При синдроме Ландау-Клеффнера ранее нормально развивавшийся ребенок теряет способность понимать обращенную к нему речь и говорить. В некоторых случаях потеря речи происходит постепенно и может растягиваться во времени до полугода, но чаще случается внезапно. Слух и невербальный интеллект при этом не страдают.

Наряду с указанными нарушениями возникают пароксизмальные изменения на ЭЭГ, чаще всего двусторонние, в области височной коры. При этом развернутые судорожные пароксизмы наблюдаются далеко не всегда. Период между появлением изменений на ЭЭГ или судорожных припадков и потерей речи может быть разным. Одно

событие может опережать другое на срок от одного месяца до двух лет. Для данного синдрома особенно характерно тяжелое поражение рецептивной (импрессивной, сенсорной) стороны речи, т.е. нарушение способности понимать обращенную речь. Обычно это нарушение является первым проявлением болезни.

**Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:**

1. становятся более выраженными стереотипии: серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кисть;
2. у части детей – явное предпочтение использования периферического зрения;
3. контакт «глаза в глаза» малодоступен;
4. эхолалии; слова-штампы, фразы-штампы; запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов;
5. в речи отсутствует обращение;
6. речь, жесты, мимика, позные реакции в целях общения не употребляются или употребляются очень мало и не вполне адекватно;
7. иногда воспроизведение стихов, песен без осмысления содержания;
8. игра примитивная, стереотипная, манипулятивная, лишенная подражательности и элементов сюжета, часто используются неигровые предметы – игрушки могут заменять бытовые предметы, очень часто это бывают веревочки, провода и т.п.

Таблица 6

**24 месяца**

Нормальное развитие	РАС
<b>Двигательное и сенсорное развитие, действия с предметами</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бегают, может пинать мяч ногой, поднимается и спускается по ступенькам, держась за руку или за перила.</li> <li>• Пробует ловить мяч.</li> <li>• Строит башню из 6-7 кубиков, рисует карандашом или фломастером круговые каракули.</li> <li>• Выявляется, как правило, право/леворукость, определяет и называет картинки и предметы при проверке остроты слуха, выполняет простые команды.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В части случаев регресс в двигательной сфере. Практически всегда отставание от уровня возрастной нормы.</li> <li>• В произвольных движениях мешковатость, неуклюжесть, хотя в спонтанной двигательной активности нередко пластичность в сочетании с дисметричностью.</li> <li>• Много стереотипных манипуляций с предметами: постукивания, верчения, перекалывания из руки в руку и др.</li> <li>• В части случаев – несоответствие успешности выполнения трудностям моторного задания.</li> <li>• В сенсорном развитии – то же, что и в 18 мес., иногда обострение нетипичных проявлений и страхов, связанных с сенсорным восприятием.</li> <li>• Отчётливые трудности формирования целостного сенсорного образа (фиксация внимания на деталях).</li> </ul>
<b>Речевое развитие</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Использует не менее пятидесяти слов.</li> <li>• Распознаёт и называет части тела и часто встречающиеся объекты.</li> <li>• В речи появляются двух- и трёх-сложные фразы.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У части детей регресс в речевом развитии вплоть до мутизма.</li> <li>• В других случаях – слова-штампы, фразы-штампы, комментирующие фразы, короткие и часто аграмматичные, редко – «нормально» развитая некоммуникативная «взрослая» речь.</li> </ul>
<b>Коммуникативное развитие</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обращается за помощью, задаёт вопросы об окружающем.</li> <li>• Опознаёт и называет близких людей на фотографии.</li> <li>• В общении использует не только речь, но и жест, мимику.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• В части случаев регресс речевого развития до мутизма или отдельных слов-штампов или фраз-штампов, увеличение доли эхолалий, аграмматизмов, обеднение просодики.</li> <li>• Основное: недоразвитие и/или нарушение коммуникативной функции речи, неиспользование в целях общения невербальных средств.</li> <li>• Многие не узнают на фотографиях близких и себя.</li> </ul>
<b>Социальное поведение и игра</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Играет в подражательные социально-имитативные игры с игрушками (например, заварить чай, налить его в чашки и напоить чаем кукол), иногда в игре есть элементарный сюжет.</li> <li>• Играет чаще вблизи других детей, чем с ними.</li> <li>• Требуется внимания родителей, эмоционально зависим от них, негативно реагирует на невыполнение просьб и требований. Частично может одеваться и раздеваться, владеет навыками опрятности.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отношение к контакту с другими людьми амбивалентное, контакты с детьми игнорируются, нередко отмечается страх детей. Даже с близкими общение в основном формальное и ограниченное.</li> <li>• Реакция на словесное обращение, в том числе на обращение по имени, часто отсутствует.</li> <li>• Нет совместного внимания (трудно привлечь внимание к определённому объекту, сам к интересующим его объектам привлечь внимание других не стремится).</li> <li>• В части случаев приостановка или регресс в развитии навыков опрятности, бытовых навыков.</li> <li>• Стремление к самостоятельности отсутствует или ослаблено и (или) искажено.</li> <li>• Приостановка или регресс в развитии навыков опрятности, бытовых навыков.</li> </ul>

Описывая характерные изменения в поведении 24-месячного ребенка с подозрением на РАС, нельзя забывать и о различных заболеваниях нервной и других систем, сопровождающихся схожей клинической картиной.

**Регресс в двигательной сфере** – один из самых неоднозначных симптомов в детской неврологии и может являться симптомом таких разноплановых состояний как:

1. синдром Ретта;
2. новообразования в головном мозге, тогда возникающий двигательный дефицит будет связан с топическим расположением опухоли;
3. нарушения аминокислотного обмена, при болезни кленового сиропа, например, приступы атаксии могут быть расценены как регресс в двигательном развитии. Эпизоды атаксии при данном заболевании часто провоцируются инфекцией, хирургическими вмешательствами и др. В дальнейшем же развиваются умственная отсталость, дистония, атетоз, дизартрия, аксональная полинейропатия;
4. митохондриальная энцефаломиопатия;
5. болезнь накопления, в частности, при мукополисахаридозах;
6. нейродегенеративные процессы с ранним началом;
7. крайне редко, но может свидетельствовать о начинающейся демиелинизации.

**Высокоспецифичными симптомами у ребенка в отношении РАС на данном возрастном отрезке являются:**

1. много стереотипных манипуляций с предметами: постукивания, верчения, переключивания из руки в руку и др.;
2. отчётливые трудности формирования целостного сенсорного образа (фиксация внимания на деталях);



3. у части детей регресс в речевом развитии вплоть до мутизма. В других случаях – слова-штампы, фразы-штампы, комментирующие фразы, короткие и часто аграмматичные, редко – «нормально» развитая некоммуникативная «взрослая» речь;
4. с близкими общение в основном формальное и ограниченное;
5. реакция на словесное обращение, в том числе на обращение по имени, часто отсутствует.

Таблица 7

<b>3 месяца</b>	
<b>Патологический симптом, доступный оценке при осмотре в декретированные сроки</b>	<b>Дополнительные данные от родителей ребенка</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зрительное сосредоточение отсутствует</li> <li>• Темповая задержка моторного развития (неуверенно держит голову)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Расщеплённый захват большим и указательным пальцами, нередко волос матери с кручением их двумя первыми пальцами, напоминающим «сучение пряжи».</li> <li>• В кистях рук, в трёх крайних пальцах периодически появляются волнообразные движения, напоминающие атетозные.</li> </ul>
<b>6 месяцев</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Не может ухватить игрушку.</li> <li>• Если вложить игрушку в руку, целенаправленных манипуляций не осуществляет.</li> <li>• Не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения.</li> <li>• Нет гуления.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Задержка узнавания лица матери. Не дифференцирует мать.</li> <li>• Не протягивает руки взрослому, как бы прося взять на руки.</li> <li>• Не пытается подражать.</li> <li>• Часто раскачиваются на локтях и коленях.</li> </ul>
<b>12 месяцев</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нарушено понимание обращенной речи, не выполняет простые инструкции.</li> <li>• Походка «деревянная», порывистая, некоординированная.</li> <li>• Задержка развития мелкой моторики.</li> <li>• На собственное имя не реагирует.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фиксирует взгляд на объектах со спокойной, монотонной динамикой: текущая вода, сыплющийся песок и т.п.</li> <li>• Глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»).</li> <li>• Настойчивый поиск определённых зрительных ощущений.</li> <li>• Детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним.</li> <li>• Не указывают пальцем на интересующий объект.</li> <li>• Не пытаются разделить свои впечатления, эмоции с другими.</li> <li>• Отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом.</li> </ul>
<b>18 месяцев</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Речевое развитие искажено и нарушено в разной степени: мутизм; отдельные слова, слабо соотносимые с предметом; эхолалии.</li> <li>• Понимание обращённой речи отстаёт от возрастной нормы.</li> <li>• В речи отсутствует обращение.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отмечаются серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью.</li> <li>• Двигательные стереотипии носят вычурный характер. Постукивания двумя первыми пальцами, три остальных прижаты к ладони.</li> <li>• Более высокий уровень ловкости в привычной обстановке, чем в непривычной.</li> <li>• Слова-штампы, фразы-штампы.</li> <li>• Запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов.</li> <li>• Стремление к постоянству в окружающем.</li> <li>• Не развито двигательное подражание.</li> <li>• Запаздывание формирования бытовых навыков, навыков самообслуживания и опрятности.</li> </ul>
<b>24 месяца</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Много повторяющихся манипуляций с предметами: постукивания, верчения, переключивания из руки в руку.</li> <li>• Увеличение доли эхолалий, аграмматизмов.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Много повторяющихся манипуляций с предметами: постукивания, верчения, переключивания из руки в руку.</li> <li>• Увеличение количества эхолалий, аграмматизмов.</li> <li>• Дети не узнают на фотографиях близких и себя.</li> <li>• Нет совместного внимания (трудно привлечь внимание к определённом объекту, сам к интересующим его объектам привлечь внимание других не стремится).</li> <li>• В части случаев приостановка или регресс в развитии навыков опрятности, бытовых навыков.</li> <li>• Стремление к самостоятельности отсутствует или ослаблено и (или) искажено.</li> </ul>

### **Часть 3. Психолого-педагогическая классификация детей с РАС (по О.С. Никольской):**

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

#### **3.1. Особенности развития и поведения детей первой группы**

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

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



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

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

Выявить уровень развития отдельных психических процессов и функций, как правило, чрезвычайно трудно, но часто ребенок демонстрирует блестящую механическую и сенсомоторную память, иногда внезапно (как бы произвольно) может прочесть название или вывеску, начать перечислять предметы и т.п. В целом можно говорить о грубейшей неравномерности в развитии психических процессов, отягощенных искажением не только аффективного развития, но и грубом искажении сферы произвольной регуляции — так ребенок, который «не может» повторить простой узор, берет каким-то своеобразным, вычурным захватом карандаш и рисует транзисторный приемник в трехмерной проекции. С возрастом такой ребенок, скорее всего, будет обучаться в системе специального образования.

### **3.2. Особенности развития и поведения детей второй группы**

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

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

Произвольность регуляции собственных действий и целенаправленность, самоконтроль также чаще всего трудно проверить диагностическими методами и приемами. Но ребенок захвачен уже собственными стереотипными способами аутистической защиты. При этом вмешаться деятельность ребенка возможно лишь подключившись к его стереотипиям. В этом случае ребенку обычно удается удержать простые алгоритмы деятельности, заданные взрослым. Оценить обучаемость ребенка также достаточно трудно, вследствие трудностей организации продуктивной деятельности. Часто (со слов родителей) ребенок обучается бытовым и социальным навыкам, но жестко привязывает их к конкретной ситуации и они не переносятся в какие-либо другие ситуации. Механистичность и буквальность проявляются и в мышлении. При этом ребенок может и предпочитает самостоятельно классифицировать предметы по

различным признакам. Недоступно считывание контекста ситуации, но ребенок как бы чувствует «эмоциональный знак» ситуации. Такой ребенок в школьном возрасте также, скорее всего, попадает в систему специального образования.

### **3.3. Особенности развития и поведения детей третьей группы**

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

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

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

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

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

так и в мелкой моторике. Их трудно обучить моторным навыкам, в том числе, простым графическим навыкам письма.

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

#### **3.4. Особенности развития и поведения детей четвертой группы**

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

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

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

Характер их деятельности нельзя оценить однозначно. Если говорить о возможности следования инструкции или выполнения последовательности определенных мыслительных операций, то имеет смысл говорить о более или менее достаточной сформированности регуляции собственной деятельности. В то же время, отмечается фактическая невозможность регуляции себя на двигательном уровне, тем более очевидна невозможность собственно эмоциональной регуляции. Это и свидетельствует именно об искажении в самой системе формирования произвольной регуляции деятельности как базового компонента деятельности вообще.

В целом они демонстрируют относительную адекватность по отношению к предлагаемым заданиям, хотя часто излишне тревожны, легко тормозимы, требуют поддержки (часто очень объемной со стороны близких). На фоне волнения и

неуверенности часто возникают двигательные (реже речевые) стереотипии. В то же время, собственно в общении, оценке ситуаций, в особенности юмористического или переносного ее подтекста, оценке эмоционального состояния окружающих и т.п. они оказываются выражено неадекватными. Они не в состоянии понять чувства другого человека, встать на его место. В силу этого они проявляют свою неадекватность практически в любой ситуации взаимодействия, и с детьми, и со взрослыми.

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

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

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

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

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

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

Родители таких детей чаще всего претендуют на обучение ребенка в массовой школе.

#### **Часть 4. Методы выявления признаков расстройств аутистического спектра у детей дошкольного возраста**

По диагностическим критериям, прописанным в общепринятых международных системах диагностики и классификации (DSM-IV Американской Психиатрической Ассоциации и МКБ-10 Всемирной Организации Здравоохранения), аутизм – сквозное нарушение развития, при котором должно наблюдаться как минимум шесть симптомов из предлагаемого списка: отсутствие социальной или эмоциональной взаимности, стереотипный или повторяющийся характер использования речи, постоянный интерес к определённым деталям или предметам и т.п.

Само расстройство должно отмечаться в возрасте до трёх лет, и характеризоваться задержкой развития либо отклонениями в социальных взаимодействиях, использовании речи при общении, а также проблемами участия в символических или требующих воображения играх.

Основные трудности ранней диагностики аутизма заключаются в следующем:

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

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

Все методы обследования можно разделить на следующие:

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

Существует множество методов аппаратной диагностики:

- электроэнцефалография – ЭЭГ, исследование биоэлектрической активности мозга и состояние его функциональных систем
- реоэнцефалография – РЭГ (реография головного мозга), определение состояния сосудов головного мозга, выявление нарушений мозгового кровотока
- эхоэнцефалография – ЭхоЭГ, измерение внутричерепного давления, выявление новообразований
- магнитно-резонансная томография – МРТ, нерентгенологический метод исследования внутренних органов и тканей человека

- компьютерная томография – КТ, сканирование и послойное изображение структур мозга
- кардиоинтервалография (вариационная пульсометрия), – исследование состояния вегетативной нервной системы и другие методы.

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

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

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

Среди них:

- Опросник для диагностики аутизма, адаптированный вариант (Autism Diagnostic Interview – ADI-R)
- Шкала наблюдения для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS)
- Шкала социальной зрелости (Vineland Adaptive Behaviour Scale – VABS)
- Шкала рейтинга детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale – CARS)
- Поведенческий опросник для диагностики аутизма (Autism Behavior Checklist – ABC)
- Контрольный список оценки показателей аутизма (Autism Treatment Evaluation Checklist – ATEC)
- Опросник для диагностики социальных заболеваний и нарушений способности к общению (Diagnostic Interview for Social and Communicative Disorders – DISCO)
- Шкала определения тяжести аутизма у детей [Nordin et al., 1998]
- опросник родителей для диагностики аутизма (Autism Diagnostic Parents Checklist – ADPC)
- Шкала наблюдения «Суммарная оценка поведения» (Behavioural Summarized Evaluation – BSE)
- Опросник по аутизму у маленьких детей (Checklist for Autism in Toddlers – CHAT).
- Опросник по спектральным нарушениям развития ребенка (PDD – pervasive developmental disorder)

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

Однако, существует большой разрыв между временем появления проблем у ребенка и возрастом постановки диагноза. Очевидно, что для своевременного выявления этих расстройств необходимо использовать апробированный инструментальный, который

дает высоко достоверные данные. В Европе недавно были подведены первые итоги скрининга 70 000 детей, в которых использовались 18 различных методик.

Первая скрининговая методика CHAT CHecklist for Autism in Toddlers Опросник для выявления аутизма у малышей. Возраст ребенка 18 месяцев. Была разработана в Англии и опубликована в 1992 году исследователями Baron-Cohen S., Allen J. и Gillberg C.. Состоит из 14 вопросов, на 9 отвечают родители, на 5 клиницист. Чувствительность 0,38. Специфичность 0,98. Время заполнения 10 минут.

- М-CHAT Modified-Checklist for Autism in Toddlers. (Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. ), 2001

- Состоит из 23 вопросов, на все вопросы отвечают родители. Возраст ребенка 18 - 30 месяцев. Время заполнения 10 минут. Чувствительность 0,87. Специфичность 0,99. Этот опросник есть на сайте фонда «Выход» в свободном доступе.

Благодаря распространению скрининговых методик для малышей РАС стали выявлять раньше.

Зав. отделом Центра специального образования Е.В.Морозова выделяет следующие трудности выявления детей с РАС:

- Отсутствие биологических тестов
- Изменение нарушения с возрастом
- Вариативность проявлений у разных детей
- Вариативность проявлений у одного и того же ребенка в разных условиях
- Частичное наложение симптомов с другими состояниями
- Различия в понимании диагностических критериев
- Различия в проведении наблюдений

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

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

**Методы обследования** детей с РАС объединяются в 4 группы:

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

**Методики выявления и обследования ребенка с РАС**

- М-CHAT, CASD, SCQ (экспресс-диагностика)
- ADI –R; KAST (подтверждение диагностической группы)
- Методики -AMSE, МКФ, PEP –3, Leiter -3, ADOS ,ABLLS-R

## ADI –R

•93 пункта интервью с родителями, которые направлены на такие линии развития, как:

- Общение
- Социальное взаимодействие
- Повторяющееся и стереотипное поведение

### CARS -2 (опросник)

Модули

- Для дошкольников
- Школьников
- Взрослых, которые отвечают сами за себя

Критерии:

- Понимание общения
- Когнитивный аспект общения
- Навыки коммуникации
- Мотивация к общению
- Повторяющиеся формы поведения

Leiter -3—метод исследования интеллекта (от 3 лет) (невербальный тест для глухих)

•PEP –3—психолого-образовательный профиль. Невербальный профиль для определения педагогического вмешательства.

•МКФ –международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья

•AMSE-короткий метод, который позволяет определить особенности развития и нарушения поведения характерные для расстройства в спектре аутизма (с 1 года)

•ADOS—план диагностического обследования при аутизме(набор игрушек и инструментария)

•ABLLS-R –оценка базовых речевых и учебных навыков (544 навыка в 25 областях). Позволяет оценить уровень развития навыков, помочь установить, какие умения нужны ребенку для того, чтобы эффективно взаимодействовать с окружающими и обучаться в повседневной жизни

•АТЕС-Оценка контрольных показателей у ребенка с РАС

### Методики российских авторов

#### 4.1. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАРТА АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

(по К. С. Лебединской, О. С. Никольской)

Страница 1: **ФОРМАЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ**

1. Фамилия, Имя, Отчество ребенка \_\_\_\_\_
2. Возраст (число, месяцы, год рождения) \_\_\_\_\_
3. Класс (если учится) \_\_\_\_\_.
4. Домашний адрес, номер телефона \_\_\_\_\_

2 страница: **СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ**

МАТЬ: ФИО, возраст \_\_\_\_\_ профессия, образование \_\_\_\_\_

Имеются ли профессиональные вредности? Какие? \_\_\_\_\_

ОТЕЦ: ФИО, Возраст \_\_\_\_\_ профессия, образование \_\_\_\_\_

Имеются ли профессиональные вредности? Какие? \_\_\_\_\_

ЕСТЬ ЛИ ЕЩЕ ДЕТИ В СЕМЬЕ? (пол, возраст, род занятий) \_\_\_\_\_



*С КЕМ ПРОЖИВАЕТ РЕБЕНОК* (с обоими родителями; родители разведены — указать, сколько лет было ребенку; живет только с матерью или отцом (подчеркнуть)) \_\_\_\_\_

*ДОМАШНИЕ УСЛОВИЯ* (социально-культурная среда) \_\_\_\_\_ -

Число членов семьи \_\_\_\_\_

Характер взаимоотношений в семье \_\_\_\_\_

Отношение членов семьи к данному ребенку \_\_\_\_\_

Жилищные условия (количество комнат, имеет ли ребенок отдельную комнату): \_\_\_\_\_

3 — 4 страницы: **ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*КОГДА ВПЕРВЫЕ ОБРАТИЛИСЬ К ВРАЧУ И ПО КАКОМУ ПОВОДУ?*

---

**ВОЗМОЖНОСТЬ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ**

Сведения о тяжелых болезнях ближайших родственников, о последствиях этих болезней, о наличии каких-либо врожденных или ранее приобретенных отклонений в психофизическом развитии у членов семьи (у кого? с какого возраста?) \_\_\_\_\_ (аллергия, эпилепсия, алкоголизм, краснуха, вен, заболевания, умственная отсталость, пороки развития, нарушения речи (какие?), эндокринные нарушения, наблюдается у психоневролога или психиатра (кто именно?) (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Имеется ли у кого-нибудь левшество? \_\_\_\_\_

Кто в семье имеет ярко выраженные способности? \_\_\_\_\_

**ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ДО МОМЕНТА ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**ПРОСТУДНЫЕ:** частота заболеваний в возрасте: до 1 года- \_\_\_\_\_;

с 1 года до 3 лет- \_\_\_\_\_;

с 3 лет до 7 лет- \_\_\_\_\_;

после 7 лет- \_\_\_\_\_.

**ДЕТСКИЕ ИНФЕКЦИИ** (указать, в каком возрасте): ветряная оспа — \_\_\_\_\_;

корь - \_\_\_\_\_;

скарлатина - \_\_\_\_\_;

коровья краснуха - \_\_\_\_\_;

эпидемический паротит- \_\_\_\_\_;

менингоэнцефалит- \_\_\_\_\_;

другие заболевания (указать) \_\_\_\_\_

Состояние зрения \_\_\_\_\_

Состояние слуха \_\_\_\_\_

Заболевания ЛОР-органов (гланды, аденоиды, тонзилиты) \_\_\_\_\_

Травмы головы (с указанием возраста) \_\_\_\_\_

Находился ли в стационаре? (в каком возрасте) \_\_\_\_\_

С каким диагнозом? \_\_\_\_\_

Другие заболевания \_\_\_\_\_

Бывают ли подъемы температуры без видимых причин? \_\_\_\_\_

Изменяется ли у ребенка А/Д? \_\_\_\_\_

Отмечались ли у ребенка судороги? (указать возраст, частоту, при каких обстоятельствах) \_\_\_\_\_

Состоит ли на диспансерном учете? (с какого возраста, у какого специалиста, с каким диагнозом) \_\_\_\_\_

Сон ребенка, нарушения сна \_\_\_\_\_

Энурез \_\_\_\_\_

Склонность к запорам \_\_\_\_\_

Рвоты, срыгивания без выявленных физических причин \_\_\_\_\_

5 страница. **СВЕДЕНИЯ О ПРЕНАТАЛЬНОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА**

Ребенок желанный, нежеланный (указать) \_\_\_\_\_

Возраст матери во время беременности \_\_\_\_\_

Какая по счету беременность \_\_\_\_\_.

Какие по счету роды \_\_\_\_\_

Как протекали предыдущие беременности \_\_\_\_\_

Чем завершались? \_\_\_\_\_

Как протекала настоящая беременность? \_\_\_\_\_ (норма, тошнота, рвота, повышение А/Д, ОРЗ, краснуха, грипп, прием лекарств, психические травмы, профессиональные вредности, ушибы плода, курение, прием алкоголя, токсикомания, возможности зачатия в состоянии алкогольного опьянения) (нужное подчеркнуть).

Какие были роды (в срок, преждевременные, стремительные, затяжные, переносенные)? (подчеркнуть).

Были применены: стимуляция, выдавливание, вакуум-экстракция, наложение щипцов, кесарево сечение, поворот плода (подчеркнуть).

Ребенок родился: доношенный, недоношенный, переносенный (подчеркнуть).

Особенности при рождении: асфиксия, родовая травма, гематома головы, обвитие пуповины вокруг шеи, предлежание плода — ягодичное, головное неправильное (подчеркнуть).

Закричал сразу или нет? \_\_\_\_\_

Были ли судороги? Как долго? \_\_\_\_\_

Вес при рождении? \_\_\_\_\_

Рост при рождении? \_\_\_\_\_

6-7 страницы **ПЕРВЫЙ ГОД ЖИЗНИ**

Вегетативно-инстинктивная сфера:

Нарушение сна (неустойчивость ритма «сон-бодрствование», длительность сна, длительность периода засыпания и сна, засыпание лишь в определенных условиях, прерывистость сна днем).

Ночные страхи. \_\_\_\_\_

Трудность взятия груди: задержка формирования автоматизма сосания; вялость, недостаточность времени сосания \_\_\_\_\_

Рвоты, срыгивания без выявленных физических причин \_\_\_\_\_

Запоры, диарея \_\_\_\_\_

Слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки (отсутствие реакции на физический дискомфорт) \_\_\_\_\_

Слабость аффективной реакции на человека, в том числе на мать: а) Отсутствие позы готовности при взятии на руки б) Не тянулся на руки, не лънул, не обнимал в) Крик и сопротивление при пеленании Спокойный, беспокойный Пассивен на руках Ударял головой взрослого, который его держал Раскачивание в кроватке Другие виды стереотипной деятельности \_\_\_\_\_

Страх работающих бытовых приборов \_\_\_\_\_

*К концу первого месяца*

1. Не может на мгновение удержать головку в вертикальном положении.
2. Не следит взглядом за небольшим отклонением луча карманного фонарика вправо-влево.
3. Никогда не кричал перед кормлением.
4. Не прекращает крик, когда мать прикладывает его к груди или прижимает к себе.

*К концу второго месяца*

1. Не может приподнять головку на 5 см от поверхности и удержать ее.
2. Совершает несимметричные движения ручками и ножками.
3. Не прислушивается к звону колокольчика и не следит за погремушкой, которую перемещают из стороны в сторону.
4. Не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним.

*К концу третьего месяца*

1. Не может, лежа на животе, удержать головку в течение 1 мин.
2. Не может удержать головку в вертикальном положении хотя бы на полминуты.
3. Не тянется полуоткрытой ручкой к красному предмету, который держат перед ним.
4. Не ищет глазами, откуда звенит колокольчик.
5. Не улыбается, когда к нему приближается взрослый, заговаривает с ним или улыбается ему.

*К концу четвертого месяца*

1. Не может, лежа на животе, приподнять туловище, опираясь на предплечья.
2. Головка отклоняется назад в тот момент, когда его поднимают из положения лежа на спине.
3. Не пытается опереться на кончики пальцев ног, когда его поддерживают в вертикальном положении под мышки.
4. Не улыбается, когда с ним заговаривают.

*К концу пятого месяца*

1. Плохо поворачивается самостоятельно с живота на спину.
2. Неуверенно держит головку, особенно в тот момент, когда его приподнимают за ручки из положения лежа на спине.
3. Не может уверенно протянуть ручку к игрушке.
4. Не прекращает плакать, когда слышит музыку или пение матери.
5. Не произносит отдельные звуки или слоги (например, ба-ба-ба), не пытается, находясь на руках у матери, отыскивать глазами те предметы, которые мать называет (Где...?)
6. Не прекращает плакать, когда с ним заговаривают, не может отличить доброжелательность или недовольство в тоне или мимике.

*К концу шестого месяца*

1. Не может ухватить кубик.
2. Уверенно не реагирует на шуршание бумаги, находящейся вне поля его зрения.
3. Не просится «на ручки», протягивая свои руки взрослому.
4. Лежа на животе, не может потянуться к игрушкам.

*К концу седьмого месяца*

1. Не может стучать кубиком по столу.
2. Не пытается привлечь к себе внимание какими-либо определенными звуками.
3. Не ласкается к матери или близкому человеку, не прижимается щекой к лицу матери.
4. Самостоятельно не может переворачиваться на обе стороны.
5. Лежа на животе, не опирается на выпрямленные руки.
6. Не прислушивается к возрасту взрослых.

*К концу восьмого месяца*

1. Не может ползти назад.

2. Не может короткое время стоять при поддержке за руки.
3. Не может удерживать между указательным и большим пальцами пуговицу.
4. Не прислушивается к разговору взрослых.

*К концу девятого месяца*

1. Не может повернуться вокруг своей оси и ползти назад.
2. Не может короткое время стоять при поддержке за руку.
3. Не пытается самостоятельно пить из чашки и сдвигать шапочку или платок с головы.
4. Не может стучать кубиками друг о друга.
5. Не может повторить за взрослым восемь различных звукосочетаний и слогов.
6. Не пугается и не стесняется чужих людей, не пытается прятаться за мебель, не сердится, когда у него отбирают игрушку.

*К концу десятого месяца*

1. Не сбрасывает игрушки со стола.
2. Не может махать головой в знак отрицания или несогласия («нет-нет») или помахать ручкой в знак приветствия.
3. Не повторяет или не имитирует такое действие, которое вызывает смех окружающих.

*К концу одиннадцатого месяца*

1. Не может ползать на четвереньках.
2. Не может сидеть с вытянутыми ногами.
3. Не может передвигаться, держась за опору.
4. Не пытается стоять, удерживаясь за мебель или стенки манежа.
5. Не поддерживает чашку при питье и не может самостоятельно есть сухарик.

*К концу двенадцатого месяца*

1. Не может сделать несколько шагов, держась за руку взрослого.
2. Не может удерживать одной рукой 2 маленьких кубика или подать игрушку взрослому.
3. Не проявляет интереса к автомашинам.
4. Не может произнести ни слова, не прислушивается к музыке.
5. Не может выполнить простейшие просьбы.
6. Не может самостоятельно есть из ложки и не гримасничает, заметив свое отражение в зеркале.

8-9 страницы **ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ**

Узнает мать с \_\_\_\_\_ месяцев.

Держит головку с \_\_\_\_\_ месяцев.

Сидит самостоятельно с \_\_\_\_\_ месяцев.

Ходит с \_\_\_\_\_ месяцев.

Задержка в развитии ходьбы (длительный интервал между ползанием и началом ходьбы) \_\_\_\_\_

Внезапность перехода к ходьбе \_\_\_\_\_

Активность в ходьбе \_\_\_\_\_

Страх ходьбы \_\_\_\_\_

Начало бега одновременно с началом ходьбы \_\_\_\_\_

Необычная походка (ходьба на цыпочках, устойчивость походки, затруднения в беге, прыжках) \_\_\_\_\_

Прослеживает перемещение предметов глазами с \_\_\_\_\_ месяцев.

Задержка в формировании навыков желания \_\_\_\_\_  
Бедность мимических комплексов (улыбки, испуга, плача и т.д.) \_\_\_\_\_  
Левшество в раннем возрасте \_\_\_\_\_  
Задержка развития бытовых навыков \_\_\_\_\_  
Сопротивление в принятии помощи при обучении \_\_\_\_\_  
Нарушение мышечного тонуса (гипертонус, гипотонус) \_\_\_\_\_  
Длительность и эффективность применения массажа \_\_\_\_\_  
Двигательные стереотипии (раскачивание в кровати, однообразные повороты головы, кружение вокруг своей оси, машущие движения пальцами либо всей кистью)  
Отсутствие указательных жестов, движений головой (утверждение, отрицание), жестов приветствия или прощания \_\_\_\_\_  
Затруднение в подражании движениям взрослого \_\_\_\_\_

#### 10 страница: **СФЕРА ОБЩЕНИЯ**

1. Визуальный контакт (отсутствие фиксации взгляда на лице человека. Отсутствие фиксации взгляда на глазах человека; взгляд «мимо», «сквозь». Характер взгляда: неподвижный, испуганный).

2. Слабость реакции на свет, звук, погремушку (отсутствие какого-либо компонента- двигательного, голосового, улыбки) \_\_\_\_\_

3. Первая улыбка (слабость, редкость. Особенности внешней характеристики: «неземная», «лучезарная»). К чему относилась: к человеку, к неодушевленному предмету, или это — реакция на звук, какие-либо ощущения \_\_\_\_\_

4. Узнавание близких. Задержка в узнавании матери, отца. Слабость эмоциональной насыщенности узнавания (отсутствие улыбки, движения навстречу). Реакция на приход и уход близких \_\_\_\_\_

5. Отсутствие позы готовности при взятии на руки \_\_\_\_\_

6. Сопротивление при взятии на руки \_\_\_\_\_

7. Симбиотическая связь с матерью (или другими людьми) \_\_\_\_\_

8. Появление слов «МАМА», «ПАПА» после других. Их неотнесенность к родителю. Страх кого- либо из родителей, индифферентность, избегание, враждебность \_\_\_\_\_

9. Реакция на нового человека (непереносимость, сопротивление при взятии на руки, агрессия, игнорирование, «сверхобщительность») \_\_\_\_\_

10. Контакт с детьми \_\_\_\_\_

11. Реакция на словесное обращение. Отсутствие отклика на имя \_\_\_\_\_

12. Поведение в одиночестве \_\_\_\_\_

Деятелен или инертен \_\_\_\_\_

Спокоен или возбужден - \_\_\_\_\_

Эмоциональный фон настроения \_\_\_\_\_

#### 11 страница: **АФФЕКТИВНАЯ СФЕРА**

Особенности общего эмоционального облика (отрешенность, обеспокоенность, тревожность, напряженность) \_\_\_\_\_

«Уходы в себя» \_\_\_\_\_

Слабая эмоциональная откликаемость \_\_\_\_\_

Преобладание повышенного или пониженного фона настроения \_\_\_\_\_

Немотивированные колебания настроения \_\_\_\_\_

Негативизм \_\_\_\_\_

Агрессивность (на кого направлена; аутоагрессия) \_\_\_\_\_

«Феномен тождества» приверженность привычным деталям окружающей обстановки \_\_\_\_\_  
Приверженность к определенным видам пищи \_\_\_\_\_  
Жесткое следование усвоенному режиму \_\_\_\_\_  
Страхи \_\_\_\_\_  
Отсутствие страха высоты \_\_\_\_\_  
Реакция на замечание \_\_\_\_\_  
Реакция на одобрение \_\_\_\_\_  
Отношение к неудаче \_\_\_\_\_

## 12 страница **СФЕРА ВЛЕЧЕНИЙ**

1. Стремление к положительным ощущениям \_\_\_\_\_  
2. Влечение к ситуациям, вызывающим страх \_\_\_\_\_  
3. Агрессия (ее проявления, жестокость к близким, детям, животным, стремление ломать игрушки) \_\_\_\_\_  
4. Самоагрессия (спонтанная, при неудачах) \_\_\_\_\_

## **КОНТАКТНОСТЬ**

Насколько легко и быстро ребенок устанавливает контакт \_\_\_\_\_  
Какова длительность и полнота контакта \_\_\_\_\_  
Отгороженность \_\_\_\_\_  
Негативизм \_\_\_\_\_  
Отношение к взрослым \_\_\_\_\_  
Отношение к сверстникам (безразличие, отвергание, застенчивость и беззащитность), другие особенности \_\_\_\_\_

## 13-15 страницы **ЗРИТЕЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ**

Взгляд «сквозь» объект \_\_\_\_\_  
Отсутствие слежения взглядом за предметом \_\_\_\_\_  
Сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте (световом пятне, узоре обоев и пр.) \_\_\_\_\_  
Вызывание стереотипной смены зрительных ощущений (включение и выключение света, верчение колес, пересыпание мозаики и пр.) \_\_\_\_\_

Раннее различение цветов \_\_\_\_\_

Рисование стереотипных рисунков \_\_\_\_\_

Стремление к темноте \_\_\_\_\_

## **СЛУХОВОЕ ВОСПРИЯТИЕ**

Отсутствие реакции на звук \_\_\_\_\_

Страхи отдельных звуков \_\_\_\_\_

Отсутствие привыкания к пугающим звукам \_\_\_\_\_

Стремление к звуковой аутоstimуляции (сминание и разрывание бумаги, шуршание целлофановыми пакетами) \_\_\_\_\_

Предпочтение тихих звуков \_\_\_\_\_

Ранняя любовь к музыке (характер предпочитаемой музыки) \_\_\_\_\_

Хороший музыкальный слух \_\_\_\_\_

Отрицательная реакция на музыку \_\_\_\_\_

## **ТАКТИЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ**

Чрезмерная чувствительность (или нечувствительность) к мокрым пеленкам \_\_\_\_\_

Отрицательная реакция на прикосновения при причесывании, стрижке ногтей и пр. \_\_\_\_\_

Плохая переносимость одежды, обуви \_\_\_\_\_

«Удовольствие от разрывания бумаги, тканей, от пересыпания крупы \_\_\_\_\_

Обследование окружающего с помощью ощупывания \_\_\_\_\_

### **ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ**

Избирательность в еде (непереносимость некоторых блюд) \_\_\_\_\_

Стремление есть, сосать несъедобные предметы \_\_\_\_\_

Обследование окружающего с помощью облизывания \_\_\_\_\_

### **ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ**

Повышенная чувствительность к запахам \_\_\_\_\_

Обследование окружающего с помощью обнюхивания \_\_\_\_\_

### **ПРОПРИОЦЕПТИВНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ**

Склонность к аутостимуляции напряжением тела, конечностей, ударами себя по ушам, ударами головой о бортик коляски, спинку кровати.

Влечение к игре со взрослыми типа верчения, кружения, подбрасывания \_\_\_\_\_

---

### **РАЗВИТИЕ МОТОРИКИ**

Моторный облик: двигательная заторможенность, вялость или расторможенность, возбудимость \_\_\_\_\_

Медлительность, угловатость, порывистость \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Мешковатость, неуклюжесть \_\_\_\_\_

Необычные грациозность, плавность движений, ловкость при лазании, балансировании \_\_\_\_\_

Устойчивость походки; имеются ли патологические движения? Являются ли движения координированными, целесообразными?

Отличаются ли мелкие движения точностью и ловкостью — Какая рука является ведущей \_\_\_\_\_

### **16 страница ОБСЛЕДОВАНИЕ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1. Проявляет ли ребенок интерес к игрушкам \_\_\_\_\_

2. Избирательный ли это интерес (перечислить, какие берет игрушки для игры) \_\_\_\_\_

3. На сколько этот интерес стоек (длительно ли занимается с одной игрушкой или переходит от одной к другой. Длительно ли вообще играет игрушками или они ему быстро надоедают, и он прекращает игру)

4. Адекватно ли употребление игрушек (использование предмета в соответствии с его назначением) \_\_\_\_\_

5. Каков характер игры (подробно записать, что делает ребенок с каждой игрушкой) \_\_\_\_\_ а) Манипуляция, рассматривание, постукивание, перекладывание из руки в руку и т. д. \_\_\_\_\_ б)

Процессуальная игра (осуществление игровых действий, не направленных на конечный результат) \_\_\_\_\_ в) Игра с элементами сюжета \_\_\_\_\_

### **17 страница ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕЧИ РЕБЕНКА**

*Речевой анамнез*

1. Развитие предречевых функций:

а) гуление с \_\_\_\_\_ месяцев.

б) лепет с \_\_\_\_\_ месяцев.

2. Первые слова

а) до года \_\_\_\_\_

б) в 1-2 года \_\_\_\_\_

в) в 2-3 года \_\_\_\_\_

3. Фразовая речь до 2-х лет. \_\_\_\_\_ в 2-3  
года \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ после 3-х  
лет \_\_\_\_\_.

Необычные первые слова \_\_\_\_\_

Фразовая речь без этапа слова \_\_\_\_\_

Развитие фразовой речи раньше ходьбы, одновременно \_\_\_\_\_.

Отказы от пользования речью после 2-х лет \_\_\_\_\_

Полностью некоммуникативная речь \_\_\_\_\_

Недостаточность коммуникативной речи \_\_\_\_\_

Отсутствие звукоизобразительных слов \_\_\_\_\_

«Взрослая» речь \_\_\_\_\_

Эхолалии непосредственные. Повторяет последние слова, фразы  
взрослого \_\_\_\_\_

Нарушения интонирования и модулирования. Речь монотонна \_\_\_\_\_

«Попугайная» речь, неадекватная ситуации \_\_\_\_\_

Избирательное отношение к словам \_\_\_\_\_

Отсутствие личного местоимения «Я» к 3-5 годам \_\_\_\_\_

Отсутствие личного местоимения «Я» после 5 лет \_\_\_\_\_

Когда стал узнавать близких \_\_\_\_\_

Когда стал реагировать на звук, на свое имя \_\_\_\_\_

Когда и как протекал период лепета \_\_\_\_\_

Был ли он? \_\_\_\_\_

Когда стал понимать обращенные просьбы (до года, после года) \_\_\_\_\_

Что понимает из речи взрослых в настоящее время \_\_\_\_\_

Задаёт ли вопросы? \_\_\_\_\_

Где воспитывался ребенок \_\_\_\_\_

Каково речевое окружение: двуязычная среда, недостатки речи в  
семье \_\_\_\_\_

Получал ли логопедическую помощь (какую, в течение какого времени, каковы  
были результаты) \_\_\_\_\_

Имели ли место тяжелые соматические заболевания в период раннего речевого  
развития? \_\_\_\_\_

Не находился ли длительное время в больнице? \_\_\_\_\_

18-19 страницы **ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ** (импрессивная речь)

### 1. **ВЫЯСНЕНИЕ НАЛИЧИЯ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ**

Реакция ребенка на обращенную к нему речь \_\_\_\_\_ (если ребенок с  
сохранным слухом не понимает обращенную к нему речь, не реагирует на свое имя —  
уровень «нулевой»)

### 2. **ВЫЯСНЕНИЕ УРОВНЯ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ**

1. Исследование наличия номинативной функции слова: Установить, может ли  
ребенок узнавать знакомые предметы, изображенные на картинках; знает ли ребенок  
части своего тела, части лица, названия пальцев; установить, названия каких действий  
знакомы ребенку; а) на картинке одно и то же лицо совершает разные действия б)  
понимание действий, выраженных возвратными глаголами (девочка моет куклу —  
девочка умывается) в) установить, названия каких признаков предметов знакомы ребенку:  
ПО ВЕЛИЧИНЕ: (большой-маленький, толстый-тонкий, широкий-узкий, высокий-низкий  
и т.д.) ПО ФОРМЕ: ПО ЦВЕТУ: г) установить, узнает ли ребенок предметы по их  
назначению (по картинкам с изображением предметов, о которых пойдет речь) Из чего ты  
пьешь? Что ты надеваешь на ножки? Что нужно маме, чтобы расчесать тебе волосы?

2. Выяснение понимания грамматических форм слова.



а) Различение единственного и множественного числа имен существительных \_\_\_\_\_ б) Различение единственного и множественного числа глаголов \_\_\_\_\_ в) Понимание значения уменьшительно-ласкательных суффиксов \_\_\_\_\_ г) Понимание предлогов, выражающих пространственные взаимоотношения двух предметов \_\_\_\_\_

3. Исследование понимания атрибутивных конструкций (типа: дочкина мама — мамина дочка; Девочка в красном платье бежала за мамой. Девочка бежала за мамой в красном платье.)

4. Исследование широты обобщений, скрывающейся за значением слова (подобрать группу предметов, соответствующую значению предъявленного слова)

5. Понимание развернутых грамматических конструкций (Например: Отец и мать ушли в театр. Дома остались бабушка и дети, кто ушел»? кто остался дома! Девочка причесалась после того, как умылась. Что она сделала раньше? и т. д.)

*ДЛЯ АНАЛИЗА. УРОВНИ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ «Нулевой» — ребенок с сохранным слухом не воспринимает речи окружающих, иногда реагирует на свое имя, реже на интонации запрещения или поощрения. «Ситуативный» — понимает просьбы, связанные с обиходным предметным миром. Знает имена близких и названия своих игрушек, может показать части тела у себя, у родителей, у куклы, но не различает по словесной просьбе изображений предметов, игрушек, хорошо известных ему в быту. «Номинативный» — хорошо ориентируется в названиях предметов, изображенных на отдельных картинках, но с трудом ориентируется в названиях действий, изображенных на сюжетных картинках (идет, сидит, читает). Совершенно не понимает вопросов косвенных падежей) (чем? кому? с чем? и т.д.) «Расчлененный» — различает изменения значений, вносимых отдельными частями слова (флексиями, суффиксами, приставками)*

### **ОБСЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИВНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ**

#### **1. ИССЛЕДОВАНИЕ НОМИНАТИВНОЙ ФУНКЦИИ РЕЧИ**

а) Называние предъявленных предметов (на картинках): части тела человека, части лица, предметы одежды, обуви, мебели, названия животных и т. д. б) Нахождение названий по описанию. Из чего пьют? Чем режут хлеб? и т. д. в) Нахождение категориальных названий (общее название для группы предметов, обобщающие слова).

#### **2. ВЫЯВЛЕНИЕ АКТИВНОГО ГЛАГОЛЬНОГО СЛОВАРЯ**

а) Названия действий предметов (по картинкам) б) Согласование глаголов с существительными (в числе, роде)

3. **ВЫЯВЛЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕЧИ ПРИЛАГАТЕЛЬНЫХ** обозначающих: величину предметов; форму; цвет; вкус; оценку предметов (чистый-грязный, хороший-плохой и т. д.). Согласование прилагательных с существительными.

4. **ВЫЯВЛЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕЧИ ДРУГИХ ЧАСТЕЙ РЕЧИ** (местоимений, наречий, числительных и т.д.) в беседе и по сюжетным картинкам.

### **ОБСЛЕДОВАНИЕ ОТРАЖЕННОЙ РЕЧИ**

1. Повторение изолированных звуков и слогов (с целью выяснить, насколько четко ребенок различает отдельные звуки и насколько легко он находит для них артикуляцию)

2. Повторение близких фонем (типа: ба-па, да-та) роба на наличие четкого речевого слуха; трудность выполнения свидетельствует о нарушении фонематического слуха).

3. Исследование способности сохранять серийные ряды звуков. Повторение серии слогов типа: би-ба-бо, бо-ба, бо-ба-би.

4. Выявление способности воспроизводить модели слов с разным количеством слогов с наглядной опорой (трехсложные: лопата, ботинки и т.д., четырехсложные: черепаха, пирамида, надевает и т.д., пятисложные: умывается, одевается и т.д.)

### **ОБСЛЕДОВАНИЕ СИНТАКСИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ**

1. Наличие фразовой речи \_\_\_\_\_
2. Объем и типы предложений \_\_\_\_\_
3. Свободное пользование фразовой речью \_\_\_\_\_

4. Составление рассказа по серии картинок\_\_\_\_\_

5. Способность к пересказу\_\_\_\_\_

## 20 страница **ОБСЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

1. **ОБСЛЕДОВАНИЕ АРТИКУЛЯТОРНОГО АППАРАТА** а) (в скобках отмечаются дефекты в строении подвижных и неподвижных частей артикуляционного аппарата) Подчеркнуть. ГУБЫ (толстые, мясистые, короткие, малоподвижные).

ЗУБЫ (редкие, кривые, мелкие, вне челюстной дуги, крупные, без промежутков между ними, с большими промежутками, отсутствуют резцы верхние, нижние).

ПРИКУС (открытый передний, открытый боковой, глубокий, мелкий)

ЧЕЛЮСТИ (верхняя выдвинута вперед-прогнатия, нижняя выдвинута вперед-прогения)

НЕБО (узкое; высокое, так называемое «готическое»; плоское низкое)

ЯЗЫК (массивный, маленький; укороченная уздечка)

б) Подвижность органов артикуляционного аппарата

Выполнение заданий по подражанию (вслед за логопедом) или речевой инструкции: • облизать губы языком; • Постараться дотянуться языком до носа; • Постараться дотянуться языком до подбородка; • Отведение вытянутого языка направо-влево; • Пощелкать языком; • Поцокать; • Сделать язык широким, распластанным; • Сделать язык узким; • Поднять кончик высунутого языка вверх и долго удерживать его в этом положении; • Высунуть язык как можно дальше, а потом втянуть его глубоко в рот; • Вытянуть губы вперед трубочкой; • Растянуть губы в улыбку; • Делать попеременно эти движения, меняя ритм движений; • Выдвинуть вперед нижнюю челюсть, затем оттянуть ее назад; • Раскрыть широко рот, а затем оттянуть ее назад. • Раскрыть широко рот, а затем сомкнуть челюсти. (При этом отметить свободу и быстрому движений органов артикуляционного аппарата, их плавность, а также насколько легко осуществляется переход от одного движения к другому)

2. **ОБСЛЕДОВАНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ** При обследовании звукопроизношения употребляется набор предметных картинок, в названия которых входят проверяемые звуки в начале, в середине, в конце слов) В случае неправильного произношения звука в слове предлагается произнести то же слово по подражанию, а также слоги прямой и обратный с этим звуком. Отметить характер неправильного произношения звуков: звук опускается, заменяется другим звуком постоянно или только в некоторых словах; искажается.

3. **РЕЧЕВОЙ ДИАГНОЗ. Заключение логопеда.**

## 21 страница **ОБСЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ СЕНСО-МОТОРНОЙ СФЕРЫ**

1. Наличие сведений о величине предметов (большой-маленький, больше-меньше)\_\_\_\_\_

2. Знание основных цветов (сличение, сопоставление, нахождение заданного цвета в окружающей среде)\_\_\_\_\_

3. Знание основных геометрических форм (круг, треугольник, квадрат)

4. Обследование состояния тактильных ощущений (жесткий-мягкий, гладкий-шероховатый, тяжелый-легкий, теплый-холодный)\_\_\_\_\_

5. Состояние общей моторики (походка, осанка, ходит ли на полной ступне, может ли прыгать на обеих ногах, на одной ноге, может ли стоять на одной ноге). Действия по подражанию\_\_\_\_\_

6. Состояние мелкой моторики (умеет ли застегнуть пуговицы, зашнуровать ботинок, завязать бантик, согласованная работа обеих рук)\_\_\_\_\_

7. Зрительно-двигательная координация\_\_\_\_\_

## 4.2. СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

(по Е.С.Иванову)

(цит. по: Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В. *Детский аутизм: диагностика и коррекция*. — СПб.: «Дидактика Плюс», 2004. — 80 с.)

### Пояснительная записка

В обследовании ребенка принимают участие врачи: педиатр, невропатолог и психиатр, специальный психолог, педагог-дефектолог и логопед, родители или лица их заменяющие. Следует учитывать, что информация, получаемая от родителей, не всегда является объективной, она нуждается в уточнении и проверке. Диагностика будет более достоверной, если специалисты имеют подготовку по проблеме аутистических расстройств, важными для диагностики являются данные о результатах ранее проводимых медицинских исследований и заключений (педиатр, невропатолог, психиатр), генетических исследований, данные электроэнцефалографических и томографических исследований. Большое значение имеет также документальная информация о проводимых ранее психологических и нейропсихологических исследованиях ребенка и документальная информация о ребенке (описательного характера) из образовательных учреждений, в которых находился (или находится) ребенок о его поведении, общении, игровой и учебной деятельности.

При обследовании используются клинический метод, параклинические методы (строго по показаниям), биографический метод, методы наблюдения и беседы, а также экспериментальные психологические методики.

В процедуре исследования следует предусмотреть, что устная и письменная информация о состоянии ребенка может поступать не только от родителей, но и меру возможного от самого ребенка.

Важно предоставить ребенку возможность самому рассказать о себе и обо всем (если у него есть речь), в той мере, в какой он может и обязательно записать используемые им местоимения, слова, предложения и описать сопровождающий их пантомимический аккомпанемент, эмоциональные и общие моторные реакции. Данные обследования необходимо сопоставлять с перечнем показателей нормального нервно-психического развития детей.

#### 1. Общие сведения

Фамилия, имя, отчество ребенка. Год и месяц рождения. Пол.

Национальность родителей. Домашний адрес. Ребенок посещает (или не посещает) образовательные учреждения, общие, специальные, находится на домашнем воспитании и обучении. Состоит (нет) на учете психоневрологического диспансера, имеет (нет) инвалидность. Кем направлен ребенок на обследование, предыдущие диагнозы.

Фамилия, имя, отчество родителей (или лиц их заменяющих). Возраст к моменту рождения ребенка. Образование, профессия, род деятельности. Состав семьи, личностные особенности отдельных членов семьи (в меру достижимого). Отношение к религии. Социально-бытовые условия: жилище, материальная обеспеченность, питание. Психологический климат в семье. Отношения ребенка с членами семьи. Кто преимущественно обеспечивает уход и воспитание ребенка. Какой ребенок по порядку рождения и сколько детей у матери, приемный ребенок.

2. Особенности психофизического развития ребенка, вызывающие беспокойство у родителей

А) Излагаются родителями в свободной, повествовательной форме, без наводящих вопросов.

Б) Беседа с уточняющими и направленными вопросами.

Следует учитывать, что в подавляющем числе случаев, матери не могут дать четкой информации на эти вопросы. Это может быть объяснено не только особенностями

из личности, но и формирующими очень рано необычными симбиотическими отношениями между матерью и ребенком, неравномерностью развития отдельных психических процессов и необычной общей динамикой развития таких детей: отставание, остановка, ускорение, временная (или необратимая) утрата отдельных психических функций, опережение возрастных норм. Все эти особенности развития могут быть у одного и того ребенка и создавать у родителей одностороннее представление о психическом его развитии. Вопросы должны помочь родителям раскрыть особенности психического развития ребенка с самого рождения. Это такие особенности, на которые родители почти не обращали внимания, часто их не замечали, не могли о них рассказать, но вызывали их беспокойство.

### 3. Здоровье ребенка в первые дни и месяцы после рождения

В каком возрасте были замечены первые признаки необычного поведения: в первые месяцы после рождения, на первом, втором, третьем году жизни или в последующие годы. Был ли период нормального развития у ребенка? Какая причина (или причины), по мнению родителей, предшествовала изменениям в состоянии ребенка?

Реакции ребенка на физический дискомфорт (мокрые пеленки, несвоевременность кормления и др.) Особенности поведения ребенка при общении его с матерью (положительные, отрицательные эмоциональные реакции, отсутствие реакций, особенности зрительного контакта, взгляд в пространство, мимо, не смотрит в глаза матери, взрослого и др.) Улыбка (если она есть) рефлексорная, «инструментальная», адекватная ситуации (нет). Стремление у ребенка к общению с матерью (было или отсутствовало), реакция ребенка на человека и на неодушевленные предметы (дифференцирует, нет). Узнавание близких, родных.

Мышечная напряженность, пассивность при взятии на руки (поза готовности), «тянется на руки», не замечает склонившихся над ним взрослых.

Внимание ребенка: неустойчивость, трудности привлечения внимания, «отсутствие» произвольного внимания, истощаемость, полевое внимание. Капризный ребенок, возбудимый, вялый, «необычно спокойный» ребенок от рождения. Особенности приема пищи, начиная с грудного кормления. Поведение ребенка при изменениях в окружающей среде, при незнакомых людях (активные, пассивные оборонительные реакции).

«Осмысленный» взгляд, выразительность мимики, лицо «принца».

В каком возрасте начал сидеть, стоять, ходить? Состояние тонкой моторики. Ходьба на цыпочках. Периоды регресса в двигательной сфере.

Двигательные и др. стереотипии, в каком возрасте появились, их стойкость и проявления (раскачивание туловища, раскачивание манежа, размахивание руками, верчение и перебирание пальцев перед глазами, перелистывание страниц книги и др.). Отношение ребенка к ритмической музыке.

Особенности овладения навыками самообслуживания. Необычные страхи у ребенка и отсутствие обычных страхов, опасений. Проявления гипердинамического синдрома. Нарушения ритма сна и бодрствования в ночное время.

Реакция ребенка в конце первого года жизни на речевое обращение к нему взрослых. Не было ли впечатлений, что у ребенка имеются нарушения слуха, зрения. Когда начал произносить отдельные слова, фразы?

Были ли периоды гуления, лепета в процессе формирования речи?

Отсутствие речи. Реакция ребенка на голос по сравнению с другими звуковыми раздражителями. Семантические особенности первоначально произносимых слов и некоммутативные особенности фразовой речи.

Непосредственные и отставленные эхолалии. Особенности употребления глаголов и местоимений, использование в речи неологизмов. Оторванность вербальной информации от ситуации. Особенности голоса, интонации.

Императивность речи. Монологическая речь. Речевая «одаренность».

Сопутствующие произношению звуков, слов движения головой, руками, туловищем. Нарушения звукопроизношения, мутизм. Регресс речи.

Отставание в умственном развитии (да, нет). Парадоксальная «сообразительность» ребенка. Преждевременное, ускоренное ин-теллектуальное развитие ребенка, особенности такого развития (примеры).

Разрыв между абстрактным запасом знаний ребенка (знания планет, насекомых, отрывков прозы и стихов, географических понятий) и использованием этих знаний в практической деятельности. Беспомощность ребенка в реальной жизни. Умственная отсталость: знания и умения, соответствие психического возраста паспортному возрасту, продуктивность учебной деятельности. Особенности игровой деятельности: манипулятивные, стереотипные действия неигровыми предметами, их одушевление, странные игровые фантазии и интересы, трудности вовлечения в совместную игру с детьми (игра рядом с детьми, но не с ними), инертность игровых действий, трудности переключения на другой вид деятельности. Понимание правил игры и их выполнение.

Какие роли (активные, пассивные) ребенок предпочитал выполнять в игре.

Динамика в формировании игровой деятельности. 4. Биографические данные (анамнез)

1. Не было ли у родителей, их родственников, братьев и сестер ребенка лиц ребенка лиц со странностями характера, душевно и нервнобольных, страдающих наркоманией и алкоголизмом, злокачественными опухолями, заболеваниями обмена веществ и желез внутренней секреции.

2. Возраст родителей во время зачатия и состояние их здоровья, не было ли у них при этом алкогольного опьянения. Здоровье матери во время беременности. Какая по счету беременность? Роды нормальные, патологические, характер осложнений. Состояние ребенка после рождения. Ребенок желаемый, не желаемый, единственный или еще есть дети.

3. Особенности возрастного периода до трех лет (смотри выше), в дошкольном и школьном возрасте. Нарушения питания, нарушение дыхания, обмороки, судороги, припадки, страх и тревога в одиночестве и в присутствии посторонних лиц, снохождения, нарушение сна, мочеиспускания и дефекации.

Когда стал сидеть, стоять, ходить. Формирование речи (см. выше). Формы семейного воспитания, воспитания в детском доме. Общение ребенка с матерью, близкими и посторонними лицами, с взрослыми и сверстниками.

Любимые игры и характер игровой деятельности (смотри выше). Личность ребенка: общительный, замкнутый, застенчивый, пугливый, упрямый, конфликтный и др. Половая идентификация. Особенности поведения и адаптации в дошкольных учреждениях и в школе. Отношения со сверстниками и педагогами. Успеваемость, любимые предметы, увлечения.

5. Перенесенные заболевания (излагаются в хронологическом порядке)

Психогенные заболевания (неврозы, психозы), последствия материнской депривации. Аллергические состояния.

Инфекции. Энцефалиты, менингиты. Особое внимание обратить на хронологические инфекции (ревматизм, бруцеллез, туберкулез и др.), на очаги скрыто протекающей гнойной инфекции (отиты, тонзиллиты, заболевания придаточных пазух носа, хронические пневмонии и др.), на длительные, с невыясненной этиологией недомогания общего характера, сопровождающиеся субфебрильной температурой.

Радиационные поражения, интоксикации, алкоголизм, наркомании.

Сотрясение и ушибы головного мозга. Электротравмы.

Заболевания желез внутренней секреции. Нарушения питания, авитаминозы, заболевания крови, опухоли (доброкачественные, злокачественные).

б. Соматическое обследование

1. Внешний вид ребенка: вялость, пассивность, пониженный мышечный тонус, гиперактивность, двигательное беспокойство. Осанка. Размеры (окружность) и форма черепа. Вес, рост ребенка. Телосложение. Дисгенетические признаки.

Укороченные конечности, эмбриональная форма кисти. Атаксия, дрожание, гиперкинезы. Короткая шея.

2. Телосложение: нормостеническое, астеническое, пикническое, атлетическое, диспластическое. Расстройства в развитии всего организма (инфантилизм, несоответствие в росте, весе, размерах частей тела), так и отдельных его органов (особенности строения туловища, конечностей стоп, кистей, половых органов и др.). Волосяной покров.

3. Кожные покровы: нормальной окраски, пигментированные, иктеричные, цианотичные, сухие, сальные, шелушащиеся, с родимыми пятнами (описать форму, цвет, количество, локализацию), опухолевидные образования, ангиомы, участки отека и припухлости, кожные складки. Лимфатические железы: в норме, увеличены, прощупываются, болезненные.

4. Эндокринная система: признаки гипотиреоза или тиреотоксикоза, акромегалии, нанизма, ожирения, евнухоидизма и др.

5. Костно-мышечная система и внутренние органы. Антифизиологическая подвижность в суставах, мышечный гипертонус и гипотонус. Позвоночник: кифоз, сколиоз, лордоз. Форма и величина

живота: нормальный, большой, вздутый, втянутый, врожденный порок сердца. Состояние системы пищеварения и дыхания.

7. Неврологическое обследование

1. Минимальная мозговая дисфункция.

2. Состояние черепно-мозговой иннервации.

3. Двигательные функции, движение свободные, плавные. Общая двигательная заторможенность (ступор, каталепсия).

Парезы, параличи. Координация движений, синергии, походка: паретическая, спастическая, атактическая, грациозная, неуклюжая и др. Гиперкинезы, судорожные припадки. Физиологические рефлексы (врожденные автоматизмы), обязательно указать, в каком возрасте они обнаружены. Патологические рефлексы.

4. Исследования чувствительности. Характер расстройств: корковый, проводниковый, сегментарный, по истерическому типу. Границы нарушений чувствительности.

8. Психологическое обследование

1. Внешний вид, общение и поведение. Опрятен, придерживается правил поведения при общении со старшими. Не опрятен в одежде, дурашлив, циничен, агрессивен. Легко вступает в общение, активно поддерживает его, проявляет интерес к беседе, пассивно или с тревогой избегает общения, безразличие, негативизм. Замкнутость, застенчивость. Общение формальное.

Некритично навязчив в общении, слащав, стремиться быть в центре внимания. Внушаем, конформен. Двигательные стереотипии, эхопраксии, импульсивность, дурашливость, гримасничание. Амимия, маскообразность.

Левша, правша. Стремление к сохранению постоянства в окружающей среде, в быту, в одежде.

2. Речевое общение (см. Выше): отвечает односложно, правильно, неправильно, ответы мимо, многоречивость, резонерство, неологизмы, эхолалии, бессвязная, разорванная речь, «словесный салат», патологическая обстоятельность.

Монотонность речи. Изменения дикции, расстройства артикуляции.

Скандированная речь. Заикание и его характер. Активный и пассивный словарь. Общее речевое недоразвитие (указать уровни). Аграмматизмы речи.

Общий мутизм, элективный мутизм. Дисграфия, дислексия.

3. Состояние сознания, ориентировка во времени, месте и собственной личности. Узнавание окружающих, обстановки, определение времени по часам. Синдром нарушений сознания.

4. Нарушение чувственного познания.

А. Нарушение ощущений. Гиперестезия, гипестезия (снижение, повышение, «извращение зрительных, слуховых, тактильных ощущений при аутизме.

Перевод модальности одних ощущений в другие. Сенестопатии. Парестезии.

Б. Нарушения восприятия. Гиперселективность восприятия аутичного ребенка. Иллюзии, галлюцинации.

В. Психосенсорные расстройства.

5. Особенности мышления. Этап формирования мышления.

А. Формальные нарушения мышления. Нарушения темпа (замедление, ускорение и др.). Нарушения целенаправленности мышления (обстоятельность, персеверации, резонерство, задержки, бессвязность, разорванность и др.).

Б. Структурные нарушения мышления: аутическое, символическое мышление, тенденции к образованию патологических доминирующих идей, стремление задавать однотипные вопросы, не имеющие познавательного значения, патологическое фантазирование и игровая деятельность, бредоподобные идеи. Навязчивые опасения, навязчивые и бредовые идеи.

Игрушки-талисманы.

6. Особенности памяти и внимания.

Преобладающая форма памяти.

Дисмнезии, амнезии, парамнезии. Истощаемость внимания, полевое внимание, трудности переключения и др.

7. Интеллект: коэффициент ума, умственная отсталость, задержка психического развития, деменция. Словарный запас, понимание и объяснение пословиц, пробы на различие, сходство, обобщение и др. Выполнение простейших арифметических действий. Данные методики Векслера и др.

8. Настроение: ровное, грустное, тоскливое, злобное, мрачное, тревожное, эйфоричное, маниакальное. Соответствие поведения

и настроения. Эмоциональная неустойчивость. Аффективные вспышки, агрессивность.

Безразличие. Тревога, страх. Эмоциональная тупость.

9. Личностные особенности: самооценка - завышена, занижена, адекватна. Эгоцентризм. Отношение к родителям, братьям и сестрам, сверстникам, воспитателям, учителям. Отношение к учебной и трудовой деятельности.

9. Параклинические исследования.

Эти исследования производятся строго по показаниям.

1. Рентгенологическое исследование черепа, придаточных пазух носа, костей скелета.

2. Генетические и биохимические исследования.

3. Электроэнцефалография и др.

### **Алгоритм и протокол педагогического обследования детей с расстройствами аутистического спектра (Хаустов А.В.)**

(цит. по: Хаустов А.В., Красносельская Е.Л., Хаустова И.М. Дети с расстройствами аутистического спектра. Протокол педагогического обследования // Практика управления ДОУ. – 2014. – №1. – с. 32–50)

Алгоритм обследования условно состоит из четырех основных этапов:

I этап. Первичный сбор информации о личностных и социальных компетенциях, навыках, особенностях поведения ребенка в ходе беседы с родителями.

Данные, полученные на этом этапе, дают первоначальные сведения о особенностях и уровне развития ребенка с РАС.

II этап. Обследование личностных и социальных компетенций, навыков, особенностей поведения ребенка в ходе свободной деятельности. На данном этапе уточняются сведения, полученные от родителей. Педагог в ходе свободной деятельности организует ситуации обследования с использованием тех материалов, которые заинтересовали ребенка.

III этап. Обследование ребенка в ходе структурированного занятия с использованием тестовых заданий. Педагог проводит обследование по классической схеме, предлагая ребенку выполнить задания за столом. (При первичном обследовании детей с РАС обследование по традиционному алгоритму может быть неэффективно).

IV этап – протоколирование и анализ результатов обследования. Выявляется итоговый уровень ребенка по основным областям развития, уровень дезадаптивного поведения. Осуществляется выбор целей коррекционной работы.

Бланк протокола состоит из 9-ти таблиц возрастных нормативов, таблицы «Дезадаптивное поведение» и таблицы - графика.

#### 4.3. Протокол педагогического обследования детей с расстройствами аутистического спектра

Авторы – составители: Хаустов А.В., Красносельская Е.Л., Воротникова С.В., Ерофеева Ю.И., Матус Е.В., Станина А.И., Хаустова И.М., Шептунова Т.В.

Фамилия, имя ребенка

Дата рождения ребенка

Ф.И.О. педагога, заполнившего протокол

Ф.И.О. респондента

Дата обследования:	Возраст ребенка (годы и месяцы)	Общий результат развития (средний балл по Таблицам 1–9):	Дезадаптивное поведение (суммарный балл)
«__»____ 20__ г.			
«__»____ 20__ г.			

**Таблица возрастных нормативов 1. «Социальное поведение»** (Дьяченко, Лаврентьева, 1984; Лисина, 1986; Мухина, 2000; Обухова, 1996).

Возр. реб (годы)	Возр. реб. (мес.)	Показатели развития	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
1-ый	6	По-разному реагирует на свое и чужое имя.			



год		Протягивает руки к близким людям.			
	12	По просьбе выполняет ранее заученные действия - «ладушки», «до свидания».			
		Реагирует на слова запреты: «нет» или «нельзя» в виде подчинения или протеста.			
2-ой год	18	Подражает действиям взрослых - «читает» книги.			
		Просит помощи, когда что-нибудь делает, используя слова или жесты.			
	24	Помогает при уборке игрушек.			
		Ведет взрослого за собой, чтобы показать что-либо.			
3-ий год	30	Не плачет, расставаясь с мамой, когда остается со знакомым человеком.			
		По просьбе, обычно делиться игрушками или другим вещами с детьми или взрослыми.			
	36	На групповых занятиях выполняет синхронные действия с другими детьми. (Например, ходит парами, в общем кругу, топает ногой и одновременно хлопает в ладоши).			
		Сочувствует другим детям, старается помочь и утешить их.			
4-й год	42	Слушает со вниманием короткие истории.			
		Повторяет за взрослым движение в определенной последовательности: хлопает в ладоши, поднимает руки вверх, руки – в стороны, опускает руки.			
	48	Не выходит за установленные родителями границы территории, на детской площадке, во дворе.			
		Выполняет поручения, в незнакомой обстановке, вне дома.			
5-й год	54	По-разному общается с младшими и старшими детьми, детьми и взрослыми.			
		Умеет организовывать рабочее место и приводить его в порядок после окончания занятия.			
	60	Оценивает по сюжетным картинкам поступки с точки зрения социальной нормы.			

		В случае сомнения в правильности выполнения задания обращается за оценкой своих действий к взрослому.			
6-ой год	66	Обращается к незнакомым взрослым на «Вы», а педагогам по имени и отчеству.			
		Сознательно соблюдает принятые правила поведения, с пониманием их значения.			
	72	Подчиняется сигналам светофора и знакам «Идите» и «Стойте».			
		Выполняет задание до конца, самостоятельно контролирует правильность его выполнения по ходу деятельности.			
7-ой год	78	Соподчиняет мотивы своего поведения, заканчивает начатое дело до конца, прежде чем приступить к новому.			
		Воспринимает фронтальную инструкцию, данную на слух или зрительно; удерживает инструкцию до конца задания.			
	84	Бережно относится к оборудованию в группе, к окружающим предметам, и напоминает об этом другим детям.			
		Анализирует образец, сличает результат работы с данным образцом, самостоятельно находит и исправляет ошибки.			
СУММА БАЛЛОВ					

**Таблица возрастных нормативов 2. «Коммуникация»** (Клюев, 1998; Леонтьев, 1969; Лепская, 1997; Лисина, 1986; Johnson-Martin, Attermeier, Hacker, 1990; Sparrow, Balla, Cicchetti, 1984).

Возр. реб. (годы)	Возр. реб. (мес.)	Показатели развитияжно	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
1-ый год	6	Улыбается при взаимодействии с близким человеком.			
		Гулит и лепечет в ответ на речь близких людей.			
	12	Демонстрирует разделенное внимание: концентрирует внимание на том же предмете, что и взрослый; показывает, дает взрослому игрушку,			

		чтобы поделиться интересами и т.д.			
		Имитирует слова сразу же после того как услышит их.			
2-ой год	18	Выражает просьбы/требования, отказ, согласие, привлекает внимание, комментирует при помощи жестов и слов.			
		Демонстрирует предпочтения в ситуации выбора.			
	24	Использует невербальную коммуникацию, чтобы инициировать взаимодействие с ровесниками.			
		Комментирует и описывает текущие события.			
3-ий год	30	Отвечает на простые вопросы и задает их.			
		Поддерживает простой диалог со взрослыми.			
	36	Пересказывает знакомую историю по картинкам.			
		Говорит о своих чувствах.			
4-й год	42	Периодически вступает в диалог с ровесниками.			
		Вступает в простой диалог по телефону.			
	48	Поддерживает диалог с ровесниками.			
		Использует социальные слова, фразы (например, «Извините»).			
5-й год	54	Адекватно реагирует на чувства других людей.			
		Начинает понимать язык телодвижений собеседника.			
	60	Общается на разнообразные темы.			
		Начинает принимать во внимание точку зрения собеседника.			
6-ой год	66	Выстраивает диалог, опираясь на интересы собеседника.			

		Может договариваться с собеседником и находить компромиссное решение.			
	72	Называет по просьбе номер домашнего телефона, номер мобильного телефона одного из родственников.			
		Называет по просьбе полный домашний адрес.			
7-ой год	78	Разговаривает на темы, касающиеся взаимоотношений между людьми и норм социального поведения.			
		Отвечает соответствующим образом, когда его представляют незнакомым.			
	84	Внимательно слушает учителя на уроке (занятии) более 15 минут.			
		Вежливо, корректно завершает диалог.			
СУММА БАЛЛОВ					

**Таблица возрастных нормативов 3. «Восприятие»** (Мухина, 2000; Ньюокиктъен, 2009; Обухова, 1996; Стребелева, 1998).

Возр. реб. (годы)	Возр. реб. (мес.)	Показатели развития	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
1-ый год	6	Рассматривает предмет в руке.			
		Находит спрятанный на глазах предмет.			
	12	Различает предметы по форме. (Например, отличает кирпичик от кубика).			
		Рассматривает фотографии, изображение предметов с четкими контурами.			
2-ой год	18	Смотрит в сторону называемого человека.			
		Различает и показывает изображения круга и квадрата.			
	24	Складывает разрезную картинку из 2-х частей.			
		Соотносит реальные предметы с их изображением.			
3-ий	30	Выбирает из 9 картинок, ту которую ему назвали.			

год		Знает свою одежду.			
	36	Подбирает парные картинки (две-четыре пары) предметных картинок.			
		Показывает шесть названных частей тела.			
4-й год	42	Соотносит, показывает и называет основные цвета.			
		Соотносит, показывает и называет предметы 3-х разных длин (короткий, длинный, средний).			
	48	Составляет предметную разрезную картинку из четырех элементов.			
		Понимает на слух простые правила игры.			
5-й год	54	Соотносит образ одинаковых букв.			
		Узнает перечеркнутые изображения.			
	60	Находит 5-6 отличий между двумя рисунками.			
		Правильно называет оттенки цветов - оранжевый, фиолетовый, голубой, серый, розовый, коричневый.			
6-ой год	66	Узнает фигуры с недостающими деталями.			
		Определяет на слух какое слово лишнее.			
	72	По силуэту и незначительным деталям определяет предмет и различает его величину, форму, удаленность и пр.			
		Складывает десять полосок разной длины в порядке убывания.			
7-ой год	78	Правильно указывает основные различия в геометрических формах.			
		Последовательно выкладывает серию сюжетных картинок(4-5), логично объясняет.			
	84	Складывает сюжетную разрезную картинку из 4-6 частей.			
		Узнает наложенные изображения (фигуры Поппельрейтера).			
СУММА БАЛЛОВ					

**Таблица возрастных нормативов 4. «Познавательная сфера»** (Кипхард, 2009; Забрамная, Боровик, 2002; Зиннхубер, 2010; Стребелева, 1998; Штрасмайер, 2002).

Возр. реб. (годы)	Возр. реб. (мес.)	Показатели развития	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
1-ый год	6	Проявляет желание получить что-либо.			
		Самостоятельно играет в игрушки в течение 10 минут.			
	12	Складывает игрушки в корзину.			
		Дает или показывает игрушку взрослым.			
2-ой год	18	Определяет, кому из членов семьи принадлежит данный предмет.			
		После наблюдения подражает увиденному действию с игрушкой.			
	24	Узнает шесть вещей в окружении или в книге с картинками.			
		Сортирует предметы по форме (кубик/шарик).			
3-ий год	30	Раскладывает предметы на группы по образцу, по функциональным признакам.			
		Собирает матрешку, состоящую из четырех частей.			
	36	Соотносит верх и низ (переворачивает и кладет книгу правильно).			
		Собирает по порядку пирамидку из пяти колец.			
4-й год	42	Сравнивает предметы или животных, находя в них различия и объясняя их.			
		Классифицирует предметы по признакам действия: что летает, ездит, плавает.			
	48	Находит в окружающей обстановке много предметов и один предмет.			
		Находит на картинке, где изображены нелепицы, 3-4 несоответствия. Объясняет, что не так, почему не так и как на самом деле должно быть.			

5-й год	54	Сравнивает изображения и находит сходство и различие.			
		Сортирует предметы по разным группам, используя обобщающие слова (растения, одежда, мебель, транспорт, овощи, фрукты).			
	60	Знает, из какого материала построен дом.			
		Отгадывает загадки, используя накопленный опыт.			
6-ой год	66	Исключает предмет по существенным признакам, самостоятельно называет родовое понятие.(4-й лишний).			
		Понимает значение понятий: «вчера», «завтра».			
	72	Раскладывает и составляет рассказ по картинкам, ориентируясь на временную последовательность.			
		Образовывает последующее число добавлением одного предмета, предыдущее — удалением.			
7-ой год	78	Знает и называет последовательно дни недели.			
		Владеет прямым и обратным счетом в пределах 10.			
	84	Определяет и называет последовательность времен года.			
		Решает задачи на сложение и вычитание, используя наглядный материал.			
СУММА БАЛЛОВ					

**Таблица возрастных нормативов 5. «Речь»** (Архипова, 2005; Власенко, Чиркина, 1992; Волков, 1993; Филичева, Соболева, 1996).

Возр. реб. (годы)	Возр. реб. (мес.)	Показатели развития	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
1-ый год	6	Произносит гласные, (вокализирует), гулит.			
		Произносит некоторые согласные, лепечет.			
	12	Произносит первые слова. Использует речь для комментирования окружающего.			

		Повторяет за взрослым новые слоги, копирует интонацию, восклицания и междометия, сопровождая их выразительной мимикой и жестами.			
2-ой год	18	Выражает просьбы и комментирует действия, используя словосочетания из 2-х слов.			
		Привлекает внимание с помощью речи.			
	24	Пользуется фразой из 3-4 слов.			
		Появляются простые предлоги ( в, на, у, с).			
3-ий год	30	Произносит слова из трех открытых слогов (машина, сапоги).			
		Фонематическое восприятие хорошо развито: не смешивает слова, близкие по звучанию.			
	36	Говорит о себе в 1 лице.			
		В речи появляются понятия времени и места.			
4-й год	42	Пользуется вопросом «Почему?».			
		Сообщает о недавно происшедших событиях.			
	48	Использует сложное предложение из 5-8 слов, с простыми предлогами и союзами: (и, на, с).			
		Любит слушать короткие стихи, рассказы, сказки, запоминает и рассказывает их.			
5-й год	54	Правильно произносит шипящие и свистящие звуки.			
		Выделяет гласный звук в начале, в середине и в конце слова.			
	60	Использует в речи грамматически согласованную расширенную фразу.			
		Замечает ошибки в неверно названом слове (фразе) у себя и других.			
6-ой год	66	Правильно произносит все звуки родного языка и слова различной слоговой			



		структуры.			
		В речи нет пропусков и перестановки слогов и звуков.			
	72	Выделяет слоги или слова с заданным звуком из группы других.			
		Подбирает обобщающее слово к произнесенным вслух словам (мебель, обувь, одежда, еда, и т.д.).			
7-ой год	78	Речь максимально приближена к речи взрослых, с учетом норм литературного языка, звуковой стороны.			
		Владеет основной системой грамматики: словоизменением, словообразованием, синтаксической структурой предложения.			
	84	Правильно произносит слова со сложной слоговой структурой.			
		Составляет связный устный рассказ (описание, повествование, отчасти рассуждение) с опорой на наглядный материал и без него.			
СУММА БАЛЛОВ					

**Таблица возрастных нормативов 6. «Игра»** (Лисина, 1986; Эльконин, 1978; Beyer, Gammeltoft, 2000; Johnson-Martin, Attermeier, Hacker, 1990; Sparrow, Balla, Cicchetti, 1984).

Возр. реб. (годы)	Возр. реб. (мес.)	Показатели развития	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
1-ый год	6	Улыбается при взаимодействии с близким человеком.			
		Манипулирует одним предметом (вертит, крутит, облизывает, бросает и т.д.).			
	12	Манипулирует двумя и более предметами одновременно, упорядочивает их (например, строит башню из кубиков, складывает формочки друг в друга и т.д.).			
		Играет в простые социальные игры с предсказуемыми действиями со взрослым (например, ладушки, по ровненькой дороженьке, «ку-ку» т.д.).			

2-ой год	18	Выполняет функциональные действия с различными игрушками и бытовыми предметами.			
		Играет рядом с другим ребенком с собственным набором игровых материалов (параллельная игра).			
	24	Имитирует игровые действия других детей.			
		Появляется символическая игра: ребенок использует предметы-заместители (например, использует палочку вместо ложки).			
3-ий год	30	Совершает несколько функциональных и символических действий, не связанных в единый сюжет (например, кормит, возит, моет и т.д.).			
		Начинает делиться игрушками и играть в игры с переходом ходов (например, строит башню вместе со взрослым, поочередно устанавливая кубики).			
	36	Приписывает кукле собственные желания в символической игре.			
		Начинает принимать на себя роли взрослых (например, мамы, папы, воспитательницы), но не называет их словесно.			
4-й год	42	Совершает игровые действия, отражающие эпизоды из личной жизни (игры «семья», «детский сад»).			
		Широко использует предметы-заместители; совершает игровые действия с воображаемыми объектами (например, крутит несуществующий руль).			
	48	Совершает несколько последовательных символических действий, объединенных в единую логическую цепочку (сюжетная игра).			
		Называет свою роль и роли партнеров по игре.			
5-й год	54	Соблюдает правила в простых играх.			
		Делится игрушками по собственной инициативе, играет в игры с переходом ходов без напоминаний.			
	60	Проигрывает прочитанные рассказы, показанные картинки, мультфильмы, события общественной жизни.			
		Принимает на себя разнообразные роли: папы, доктора, водителя, повара и т.д.; называет их.			

6-ой год	66	Совершает разнообразные социальные игровые действия, соответствующие принятой роли.			
		Использует специфическую ролевую речь, обращенную к партнерам по игре.			
	72	Берет на себя роль другого ребенка.			
		Демонстрирует ярко выраженное ролевое поведение, в т.ч. речь ребенка в игре носит явно ролевой характер.			
7-ой год	78	Играет в режиссерские игры.			
		Четко следует социальным правилам в ролевой игре.			
	84	Свободно играет в игры-драматизации.			
		Свободно играет в игры с правилами.			
СУММА БАЛЛОВ					

**Таблица возрастных нормативов 7. «Крупная моторика»** (Вавилова, 1983; Глазырина, 1999; Забрамная, Боровик, 2002; Стребелева, 2009; Питерси, Трилор, 2001; Зиннхубер, 2010; Кипхард, 2009).

Возр. реб. (годы)	Возр. реб. (мес.)	Показатели развития	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
1-ый год	6	Переворачивается со спинки на живот.			
		Сидит в течение 10 минут.			
	12	Самостоятельно ползает.			
		Ходит при поддержке за обе руки.			
2-ой год	18	Перешагивает через препятствия переставным шагом, нагибается и приседает, чтобы взять предмет.			
		Залезает на возвышение, взбирается по лестнице.			
	24	Бегает.			
		Спускается и поднимается по ступеням без поддержки.			
3-ий	30	Прыгает, отрывая обе ноги от пола.			

год		Пытается стоять на одной ноге.			
	36	Стоит на одной ноге, кратковременно сохраняя равновесие.			
		Ездит на трехколесном велосипеде.			
4-й год	42	Стоит на одной ноге более двух секунд.			
		Бьет мяч в цель.			
	48	Спускается по ступенькам попеременным шагом.			
		Кидает мяч в руки.			
5-й год	54	Прыгает на одной ноге.			
		Ловит мяч двумя руками.			
	60	Ездит на велосипеде (3 – 4-х колесном), совершая плавные повороты.			
		Стоит на одной ноге более восьми секунд.			
6-ой год	66	Попадает мячом в цель с расстояния 1,5 метров.			
		Прыгает с места через веревку, натянутую на высоте 20 см от пола.			
	72	Прыгает с высоты 30 см, приземляясь на корточки.			
		Стоит на каждой ноге попеременно, с закрытыми глазами.			
7-ой год	78	Проходит по прямой линии с открытыми глазами расстояние 2 м.			
		Залезает на стул высотой 45 см без помощи рук			
	84	Сидит на корточках с горизонтально вытянутыми руками в течение 10 секунд.			
		Ездит на двухколесном велосипеде (без дополнительных колес).			
СУММА БАЛЛОВ					

**Таблица возрастных нормативов 8. «Мелкая моторика»** (Вавилова, 1983; Глазырина, 1999; Забрамная, Боровик, 2002; Стребелева, 2009; Питерси, Трилор, 2001; Зиннхубер, 2010; Кипхард, 2009).

Возр. реб. (годы)	Возр. реб. (мес.)	Показатели развития	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
1-ый год	6	Сжимает предмет в руке.			
		Сгибает и выпрямляет руки.			
	12	Перекладывает предмет из одной руки в другую.			
		Использует пинцетный захват.			
2-ой год	18	Стучит предметом о предмет.			
		Указывает при помощи указательного пальца.			
	24	Опускает мелкие предметы в коробочку с отверстиями или в бутылку.			
		Строит башню из 3-4 кубиков.			
3-ий год	30	Нанизывает крупные бусы.			
		Переливает воду из сосуда в сосуд.			
	36	Переворачивает страницы.			
		Открывает спичечный коробок.			
4-й год	42	Рисует круги.			
		Пьет из чашки, держа ее одной рукой.			
	48	Проводит линию, соединяющую две точки.			
		Лепит из пластилина «колобок» и «змейку».			
5-й год	54	Режет ножницами.			
		Застегивает и расстегивает пуговицы.			
	60	Продевает нитку в иголку.			
		Вырезает ножницами по контуру.			
6-ой год	66	Бросает мяч руками на расстояние четырех метров.			
		Рисует простые геометрические формы.			

	72	Рисует домик, солнце, дерево.			
		Завязывает узел.			
7-ой год	78	Рисует человека из восьми частей (голова, шея, туловище, 2 руки, 2 ноги, пальцы).			
		Отбивает мяч от земли 3 раза подряд.			
	84	Пишет ( срисовывает) 10 букв.			
		Строит конструкции из кубиков, выкладывает из счетных палочек фигуры по образцу.			
СУММА БАЛЛОВ					

**Таблица возрастных нормативов 9. «Самообслуживание»** (Кипхард, 2006; Зиннхубер, 2009; Питерси, Трилор, 2001; Штрасмайер, 2002).

Возр. реб. (годы)	Возр. реб. (мес.)	Показатели развития	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
1-ый год	6	Самостоятельно сосет и глотает.			
		Позволяет одевать себя, не сопротивляясь.			
	12	Пережевывает пищу.			
		Пьет из чашки или стакана с помощью.			
2-ой год	18	Имитирует работу по дому.			
		В течение дня регулярно остается сухим и контролирует свой стул.			
	24	Самостоятельно ест ложкой и пьет из чашки (не обязательно аккуратно).			
		Самостоятельно снимает не застегнутую одежду.			
3-ий год	30	Пьет через соломинку.			
		Вытирает себе руки (салфеткой или полотенцем).			
	36	Самостоятельно моет руки.			
		Дает знать, когда хочет сходить в туалет.			

4-й год	42	Ест самостоятельно ложкой и вилкой, почти не пачкаясь.			
		Надевает на себя куртку, пальто.			
	48	Обувает ботинки (шнурки завязывать необязательно).			
		Чистит зубы, умывает лицо, под руководством взрослого выполняет все действия в туалете.			
5-й год	54	Раздевается самостоятельно, застегивает крупные пуговицы, различает переднюю и заднюю части одежды.			
		После игры убирает игрушки без напоминания.			
	60	Самостоятельно пользуется туалетом, моет руки и одевается, пытается завязывать шнурки.			
		Ножом намазывает на хлеб масло.			
6-ой год	66	Выполняет простые поручения по дому.			
		Наливает себе напиток из кувшина.			
	72	Полностью самостоятельно одевается на прогулку.			
		Может самостоятельно принять душ.			
7-ой год	78	Правильно пользуется столовыми приборами во время приемов пищи.			
		Соблюдает правила дорожного движения для пешеходов (смотрит в обе стороны при переходе через дорогу, подчиняется сигналам светофора).			
	84	Завязывает шнурки «на бантик».			
		Самостоятельно застилает постель.			
СУММА БАЛЛОВ					

**Таблица 10. «Деадаптивное поведение».**

Формы деадаптивного поведения	Балл (нач. года)	Балл (кон. года)	Комментарии
<b>Аутоагрессивное поведение</b>			
Кусает свою руку.			

Бьет, стучит себя по голове.			
Бьется головой о стену.			
Бьется головой о стол.			
<b>Агрессивное поведение</b>			
Плюет на других людей.			
Бьет других людей по лицу.			
Кусает других людей.			
Щипает окружающих.			
Тянет, дергает за волосы окружающих.			
<b>Стереотипное поведение</b>			
Выполняет однообразные действия: раскачивается, потряхивает и взмахивает руками, вращается.			
Выполняет в особом порядке ритуалы не функционального характера - располагает объекты определенным образом.			
Проявляет чрезмерный интерес к необычным неигровым предметам.			
Ритмично повторяет звуки или слова.			
Стереотипно повторяет слова или фразы.			
Проявляет чрезмерный интерес к датам, маршрутам или расписаниям.			
<b>Прерывание деятельности</b>			
Сбрасывает предметы.			
Кричит и плачет при малейших требованиях.			
Вскакивает из-за стола в процессе выполнения какой-либо деятельности.			
Дурачится, проявляет нежелание начинать или продолжать деятельность.			
Кричит, издает громкие звуки, выражающие протест.			
<b>Другие формы дезадаптивного поведения</b>			
Демонстрирует избирательную активность: манипулирует только любимой игрушкой, новые предметы не обследует.			



С трудом переключается с одного вида деятельности на другой.			
Концентрирует внимание только в течение короткого промежутка времени.			
Проявляет выраженную импульсивность: вскакивает, опережая указания, хватается предметы.			
Проявляет пассивность, неспособность к действию, для начала деятельности ждет указаний взрослого.			
Не допускает изменений установленного порядка, сопротивляется переменам (например: перестановки мебели, смены одежды).			
Не испытывает удовольствие или проявляет протест при физическом контакте.			
<b>СУММА БАЛЛОВ</b>			

### **Инструкция по заполнению протокола.**

При заполнении протокола, сбор первичной информации о развитии ребенка, проводится в беседе с родителями, и оцениваются учителем-дефектологом со слов родителей, оценочный балл ставится в подходящую клетку таблицы протокола обследования.

При первичном обследовании оценочные баллы заносятся в протокол карандашом. Заполнение протокола специалистом продолжается в течение диагностического периода (1 месяц) 2 раза в год, в сентябре и мае учебного года.

Для правильного заполнения протокола педагогического обследования необходимо последовательно проделать ряд операций.

В титульном листе протокола заполните строки «Фамилия, имя ребенка», «Дата рождения ребенка», «Ф.И.О. педагога, заполнившего протокол», «Ф.И.О. респондента», «Дата обследования».

Последовательно заполните Таблицы возрастных нормативов с 1-ой по 9-ую. В столбце «Балл (начало года)», напротив каждого утверждения проставьте количество баллов в зависимости от сформированности навыка:

«0» – навык не сформирован. Ребенок никогда не выполняет и не использует данный навык, или только пытается выполнить действие.

«1» – навык сформирован частично. Ребенок начал выполнять действие в течение последнего месяца, либо иногда использует данный навык, (например, только с близкими людьми, только с взрослыми, только в домашних условиях и т.д.).

«2» – навык сформирован полностью. Ребенок использует данный навык в различных ситуациях, в разных местах, с разными людьми.

Когда все баллы по Таблицам возрастных нормативов с 1-ой по 9-ую будут проставлены, подсчитайте сумму и запишите в строке «сумма баллов».

В столбце «комментарии», по мере необходимости, отмечайте особенности формирования навыков: например, ребенок использует навык только с мамой, или только

с помощью взрослого, или только в знакомой обстановке, или выполняет только на знакомых пособиях.

Подсчитайте общий результат развития (средний балл по Таблицам возрастных нормативов 1–9). Для этого сложите суммы баллов по Таблицам возрастных нормативов 1–9 и разделите эту сумму на количество Таблиц возрастных нормативов (на 9). Полученное число впишите на титульном листе протокола в графу «Общий результат развития (средний балл по Таблицам 1–9)» напротив соответствующей даты обследования.

Заполните Таблицу 10 «Деадаптивное поведение». В столбце «Балл (начало года)», напротив каждого утверждения проставьте количество баллов в зависимости от степени выраженности деадаптивного поведения:

«0» - данная форма деадаптивного поведения у ребенка отсутствует полностью.

«1» - данная форма деадаптивного поведения у ребенка недостаточно выражена и/или наблюдается редко, только в определенных ситуациях.

«2» - данная форма деадаптивного поведения у ребенка ярко выражена и/или наблюдается постоянно в различных ситуациях.

Когда все баллы по Таблице 10 («Деадаптивное поведение») будут проставлены, подсчитайте их сумму и запишите в строке «сумма баллов». Полученное число впишите на титульном листе протокола в графу «Деадаптивное поведение (суммарный балл)» напротив соответствующей даты обследования.

В столбце «комментарии», по мере необходимости, отмечайте особенности, связанные с данным поведением: например, ребенок использует данную форму деадаптивного поведения только при взаимодействии с родителями или только в учебной ситуации и т.д.

### **Построение психолого-педагогического профиля развития ребенка.**

Для наглядного представления результатов обследования используется таблица «Профиль развития ребенка».

Сначала в таблице отметьте календарный возраст ребенка – нарисуйте линию вдоль всей таблицы на уровне, соответствующем его календарному возрасту. Затем, в столбцах «начало года» при помощи линии отметьте количество набранных ребенком баллов по каждой Таблице возрастных нормативов. Все ячейки, находящиеся под чертой, заштрихуйте. В результате, получается диаграмма, отражающая уровень развития ребенка по каждой области развития. Высота столбцов в диаграмме указывает на то, какому возрасту (в сравнении со среднестатистической нормой) соответствует уровень развития ребенка.

Сравнение на графике данных о календарном возрасте ребенка с данными о его реальном развитии позволяет наглядно увидеть, насколько сформированы у него навыки по каждой области развития относительно среднестатистической возрастной нормы.

В зависимости от результатов обследования по предложенной методике разрабатывается индивидуальная программа работы с ребенком. В качестве целей обучения из «таблиц возрастных нормативов» выбираются те умения и навыки, которые у ребенка либо сформированы частично (1 балл), либо не сформированы совсем (0 баллов). При этом нужно соблюдать последовательность, указанную в таблице, постепенно усложняя поставленные задачи.

Если в результате обследования у ребенка были выявлены различные формы деадаптивного поведения, то целью коррекционной работы становится их уменьшение и устранение.

Для выявления результативности коррекционной работы и обучения в конце года проводится повторное обследование по предложенной методике. Результаты итогового обследования заносятся в столбцы «конец года». Динамика по количественным

показателям осуществляется путем сравнения итогов первичного и заключительного обследования.

Разработанный Протокол обследования детей с РАС прошел апробацию в процессе коррекционной работы с детьми, имеющими РАС, в условиях ЦПМССДиП.

### **Диагностика РАС с помощью нейрофизиологических методов**

Метод математической классификации ЭЭГ оказался в состоянии разграничить детей с РАС и детей с низким риском РАС с вероятностью около 100% (EEG Analytics for Early Detection of Autism Spectrum Disorder: A data-driven approach William J. Bosl, Helen Tager-Flusberg & Charles A. Nelson Scientific Reports volume 8, (2018). Исследовано 188 младенцев в возрасте 3,6,9,12, 24 и 36 месяцев жизни. 2 группы: высокий риск РАС 99 младенцев (есть старший ребенок с РАС), низкий риск РАС 89 младенцев (нет старшего ребенка с РАС). Запись ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования с открытыми глазами в течение 2 минут. 19 электродов, установленных по системе 10-20 %. Чувствительность и специфичность около 100%. Разграничение возможно уже в 3 месяца и сохраняется на всем исследованном промежутке времени - до 36 месяцев.

Исследование, проведенное в 2018 году под руководством Н.Л.Горбачевской, позволило достоверно ( $P<0,01$ ) разделить по данным ЭЭГ-картирования 90 детей с одинаково низким уровнем адаптивных навыков по наличию или отсутствию РАС.

### **Протокол пошаговой диагностики РАС (по Н.Л.Горбачевской).**

#### **Шаг 1.**

Выявление с помощью скрининговых и диагностических методов подозрения на наличие РАС → обращение к психиатру для подтверждения диагноза и обсуждения плана помощи ребенку.

#### **Шаг 2.**

Всестороннее неврологическое обследование и нейрофизиологическое исследование. Оно позволяет выявить изменения по органическому типу, эпилептические нарушения, паттерны ЭЭГ, характерные для определенных синдромальных форм психической патологии, определить соответствие ЭЭГ «возрастной норме» и степень и характер отклонений курса ЭЭГ от нормативного.

Исследование ВП для выявления патологии сенсорных систем

В результате второго шага выявляются дети с органической патологией, сенсорными нарушениями, эпилепсией.

#### **Шаг 3.**

Исключение синдрома Мартина-Белл (Синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X).

Частота в общей популяции 1:2 500-6 000. Предполагается, что в выборке детей с выраженными интеллектуальными нарушениями и аутизмом будет выявлено не менее 4-6 % пациентов с полной мутацией.

#### **Шаг 4.**

Исключение других известных форм синдромальной патологии.

Осуществляется клиническим генетиком. При подозрении на определенную наследственную патологию проводятся дополнительные исследования, в частности, стандартный метаболический скрининг. В случае подозрения на синдром Ретта (у девочек) исследуется мутация гена MeCP2.

В результате четвертого шага выявляются пациенты с описанными формами наследственной патологии.

#### **Шаг 5.**

Выявление неизвестных форм психической патологии - молекулярное кариотипирование на микрочипах. С этой целью необходимо использовать метод молекулярного кариотипирования (аггау CGH) на ДНК микрочипах, который позволяет

повысить выявляемость геномных аномалий и вариаций генома (CNV – copy number variations ) до 70%. В этих случаях необходим биоинформационный анализ результатов молекулярного кариотипирования, позволяющий выявить гены, нарушение функционирования которых может приводить к клиническим проявлениям. Это необходимо для первичной профилактики РАС и послужит основой для научно обоснованного лечения геномных заболеваний.

#### **Шаг 6.**

Диагностика нарушения развития при аутизме для построения образовательного маршрута.

Исследование сенсорного профиля (изменен у 80-90% ) Baranek GT1, David FJ, Poe MD, Stone WL, Watson LR. Sensory Experiences Questionnaire: Child Psychol Psychiatry. 2006 Jun;47(6):591-601.

Исследование когнитивного профиля (более 50% лиц с РАС имеют интеллектуальные нарушения

WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale For Children- Fourth Edition (Wechsler, 2003),

Leiter-3 (Gale H. Roid, Lucy J. Miller et al, 2013.

PEP-3 - Psychoeducational Profile, Third Edition. (Eric Schopler, PhD, Margaret D. Lansing, et al., 2004).

#### **Шаг 6.**

Оценка адаптивного поведения. У всех людей с РАС уровень адаптивных навыков ниже возрастных.

VABS - II - Vineland Adaptive Behavior Scales ( Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2005 ).  
Шкалы адаптивного поведения Вайнленда,

2-й ред.

Оценка дезадаптивного поведения. Все люди с РАС демонстрируют в той или иной степени дезадаптивное поведение.

Repetitive Behavior Scale-Revised (Bodfish et al. 2000)

(Lam KS, Aman MG. The Repetitive Behavior Scale-Revised: independent validation in individuals with autism spectrum disorders, J Autism Dev Disord., 2007, 37 (5)

PEP-3 - Psychoeducational Profile, Third Edition. (Eric Schopler, PhD, Margaret D. Lansing, et al., 2004)

VABS - II Шкалы адаптивного поведения Вайнленда.

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ**

Нарушение социального взаимодействия с окружающим миром и коммуникации приводит к искаженному развитию, наиболее типичной моделью которого является ранний детский аутизм. Ранний детский аутизм (РДА) или синдром Каннера характеризуется искаженным развитием – таким типом дизонтогеза, при котором наблюдаются сложные сочетания общего психологического недоразвития, задержанного, поврежденного развития отдельных психических функций, что приводит к ряду качественно новых патологических образований. Термин аутизм происходит от латинского слова autos – “сам” и означает отрыв от реальности, отгороженности от мира.

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

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

#### **1. Качественные нарушения социального взаимодействия:**

- невозможность в общении использовать взгляд, мимические реакции, жесты и позу в целях взаимопонимания;

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

## **2. Качественные изменения коммуникации:**

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

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

- обращенность к одному или нескольким стереотипным интересам, аномальным по содержанию, фиксация на неспецифических, нефункциональных поведенческих формах или ритуальных действиях, стереотипные движения в верхних конечностях или сложные движения всем телом;
- преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональными элементами игрового материала.

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

## **5. Манифестация симптомов до трехлетнего возраста.**

При диагностике аутистических расстройств (синдрома Каннера, детского психоза, атипичного детского психоза, синдрома Аспергера, синдрома Ретта., умственной отсталости с чертами аутизма и др.) должны присутствовать перечисленные общие критерии расстройств психического развития; и в то же время каждая из выделенных подгрупп имеет свои особенности.

**Диагностика расстройств аутистического спектра включает три этапа.**

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

Наиболее простой вариант популяционного прескрининга предложен Wetherby et al. (2004):

1. Отсутствие гуления до 12 месяцев;
2. Отсутствие жестикуляции до 12 месяцев;
3. Ребёнок до 16 месяцев не произносит ни одного слова;
4. Отсутствие осмысленной (не эхолаличной) фразы из двух слов к 24 месяцам;
5. Любые нарушения речи или социальных навыков в любом возрасте

В мире разработан и широко используется стандартизованный скрининговый инструментарий:

- Экспресс-оценка аутистических проявлений - **ADOS** (Д. Гродберг, 2011);
- модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста **M-CHAT** (Robins, Fein & Barton, 1999, 2009) (см. Приложение 1);
- социально-коммуникативный опросник - **SCQ1** (Michael Rutter, M.D., F.R.S.) и более подробного интервью **ADI-R** – «золотого стандарта» диагностики РАС (Lord et al., 1994);
- Анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет) (Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Иванов М.В., 2015-см. Приложение 2).

Поскольку скрининг не используется для выставления диагноза, его могут осуществлять педиатры, невропатологи, педагоги, психологи, медицинские сестры, сами родители.

**Диагностическая оценка дополняется функциональной оценкой, которая включает в себя:**

Различные стандартные методы оценки И один или несколько актов наблюдения ребенка в его естественном окружении.

**Функциональная диагностика позволяет выявить:**

- Когнитивные навыки
- Речевые способности
- Моторные способности
- Навыки повседневной автономии (есть, одеваться)
- Навыки на уровне взаимодействия
- Особенности поведения

В зарубежных странах разработаны и успешно применяются в практике с детьми, имеющими РАС, 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 программ. При составлении программы на основе результатов тестирования с применением таких методик у участников образовательного процесса не возникает вопросов о ходе дальнейшей коррекционной работы, т.к. основу одной методики составляет комплексный подход. В качестве примера таких методик можно привести:

- Диагностическая программа по определению психологической готовности детей к школьному обучению (Н.И. Гуткина);
- Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями (под. ред. Н.Ю. Барановой);
- Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки» (М. Питерси и Р. Трилор);
- Протокол обследования функционирования ребенка (возраст детей от 0 до 7-ми лет) и факторов среды (А.М. Казьмин, А.И. Чугунова, Г.А. Перминова, С.В. Покровская, А.В. Егоров, Е.А. Абрамова);
- Наглядный материал для обследования детей (под ред. Е.А. Стребелевой);
- Диагностический альбом для оценки развития познавательной деятельности ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго);
- Оценка базовых речевых и учебных навыков (ABLLSR);
- Психолого-педагогический профиль развития (PEP);

- Шкала адаптивного поведения Вайнленд;  
Тест VB-MAPP (The Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program), разработанный М. Сандбергом

### **Диагностический алгоритм в отношении детей из группы риска по РАС**

Часть детей может со временем самостоятельно компенсироваться и примкнуть к многочисленной когорте «субнормы», а часть детей будет требовать повышенного внимания следующих специалистов:

1. психоневролога (невролога);
2. педиатра;
3. психиатра;
4. психолога;
5. логопеда-дефектолога.

Динамическое наблюдение за ребенком из группы риска по развитию РАС должно включать не только своевременный динамический осмотр пациента, но и при необходимости видеофиксацию патологических состояний как в семье, так и в медицинских учреждениях для более детальной оценки.

Таким образом, можно сформировать диагностический алгоритм в отношении детей из группы риска по РАС, разделив симптоматику на возможную для выявления во время планового осмотра как неврологом, так и педиатром и на дополнительные показатели, наличие которых надо уточнить у родителей ребенка.

Данный алгоритм может быть дополнен достаточно простым в использовании опросником, разработанным американскими специалистами – М-CHAT и более затратный по времени и методическим пособиям – детский тест расстройств спектра аутизма (CAST), ранее известный как детский тест синдрома Аспергера.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

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

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

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



## Список литературы и источников

1. **Аксенова, Л. И.** Социальная педагогика в специальном образовании : учеб. пособие для студентов пед. ссузов / Л. И. Аксенова. - М. : Академия, 2001. - 192 с. - (Педагогическое образование). - Гриф МО. - ISBN 5-7695-0556-7.
2. **Алпатов, Н.С.** Коррекционно-педагогическая работа с детьми с расстройствами аутистического спектра. Вопросы теории и практики [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е.С. Федосеева; С.А. Карпова; Н.С. Алпатов. - Саратов : Вузовское образование, 2018. - 309 с. - ISBN 978-5-4487-0116-0. URL: <http://www.iprbookshop.ru/71733.html>.
3. **Асанов, А. Ю.** Основы генетики и наследственные нарушения развития у детей : учеб. пособие для студентов вузов / А. Ю. Асанов, Н. С. Демикова, С. А. Морозов. - М. : Академия, 2003. - 224 с. - (Высшее образование). - ISBN 5-7695-0966-X.
4. **Баенская, Е.Р.** Помощь в воспитании ребенка с особенностями эмоционального развития // Альманах Института коррекционной педагогики РАО, 2000. Вып. 2.
5. **Баенская, Е. Р.** Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития : метод. пособие для педагогов, психологов, врачей / Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. - М. : Экзамен, 2004. - 128 с. - (Ранняя помощь). - Гриф МО. - ISBN 5-94692-885-6.
6. **Баенская, Е.Р.** Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием. Младший дошкольный возраст [Электронный ресурс]: URL: [http://pedlib.ru/Books/6/0129/6\\_0129-26.shtml](http://pedlib.ru/Books/6/0129/6_0129-26.shtml)
7. **Баенская, Е.Р.** Признаки эмоциональных нарушений в раннем возрасте // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2007. № 4. С.64-70.
8. **Баенская, Е.Р.** Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т.15. № 2. С.32-37.
9. **Башина, В.М.** Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999.
10. **Башина, В.М., Симашкова, Н.В.** Подходы к проблеме обучения детей с ранним аутизмом [Электронный ресурс]: URL: <https://www.twirpx.com/file/498217/>
11. **Белопольская, Н.Л.** Детская патопсихология [Электронный ресурс] : хрестоматия / сост. Н.Л. Белопольская. - Детская патопсихология ; 2019-09-03. - Москва : Когито-Центр, 2010. - 351 с. - ISBN 978-5-89353-309-5. URL:<http://www.iprbookshop.ru/15245.html>,  
Включающее образование. Как добиться успеха? Основные стратегические подходы к работе в интегративном классе (пер. с англ.) М.: Прометей, 2005.
12. **Волкмар, Ф. Р. (Volkmar, F. R.)** Аутизм = A Practical Guide to Autism : практ. рук. для родителей, членов семьи и учителей. Кн. 1 / Фред Р. Волкмар, Лиза А. Вайзнер ; [пер. с англ. Б. Зуева, А. Чечиной]. - Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2014. - 222, [2] с. - ISBN 978-5-91743-049-2 : 100-00.
13. **Волкмар, Ф. Р. (Volkmar, F. R.)** Аутизм = A Practical Guide to Autism : практ. рук. для родителей, членов семьи и учителей. Кн. 3 / Фред Р. Волкмар, Лиза А. Вайзнер ; [пер. с англ. Б. Зуева, А. Чечиной]. - Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2014. - 222, [2] с. - ISBN 978-5-91743-055-3 : 100-00.
14. **Волкмар, Ф. Р. (Volkmar, F. R.)** Аутизм = A Practical Guide to Autism : практ. рук. для родителей, членов семьи и учителей. Кн. 2 / Фред Р. Волкмар, Лиза А. Вайзнер ; [пер. с англ. Б. Зуева, А. Чечиной]. - Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2014. - 285, [3] с. - ISBN 978-5-91743-054-6 : 100-00.
15. **Гилберт, К. Э.** Аутизм: медицинское и педагогическое воздействие : кн. для педагогов-дефектологов / К. Э. Гилберт, Т. Питерс ; пер. с англ. О. В. Деряевой ; под науч. ред. Л. М. Шипициной. - М. : Владос, 2002. - 144 с. - (Коррекционная педагогика). - ISBN 5-691-00906-0.

16. **Гилберт, К. Э.** Аутизм: медицинское и педагогическое воздействие : кн. для педагогов-дефектологов / К. Э. Гилберт ; пер. с англ. О. В. Деряевой. - М. : Владос, 2003. - 144 с. - (Коррекционная педагогика). - ISBN 5-691-00906-0.
17. **Горбачевская, Н.Л.** Переверзева Д.С., Воинова В.Ю., Сорокин А.Б., Коваль-Зайцев А. А., Салимова К.Р., Данилина К.К., Юров И.Ю., Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Кобзова М.П., Тюшкевич С.А., Мамохина У.А. / Факторы, влияющие на успешность преодоления расстройств // Аутизм и нарушения развития, 2016. Том 14. № 4. С. 39–50.
18. **Делани, Т.** Развитие основных навыков у детей с аутизмом = 101 games and activities for children with autism, asperger's, and sensory processing disorders : эффектив. методика игровых занятий с особыми детьми / Тара Делани ; [пер. с англ. В. Дегтяревой]. - 2-е изд. - Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2016. - 267, [1] с. : ил. - ISBN 978-5-91743-064-5 : 314-00.
19. **Детская патопсихология** : хрестоматия : учеб. пособие для вузов / сост. Н. Л. Белопольская. - М. : Когито-Центр, 2000. - 349, [2] с. - ISBN 5-89353-020-9.
20. **Детская патопсихология** : хрестоматия : учеб. пособие для вузов / сост. Н. Л. Белопольская. - 2-е изд., испр. - М. : Когито-Центр, 2001. - 349, [2] с. - Гриф УМО. - ISBN 5-89353-036-5.
21. **Детский аутизм** : хрестоматия : учеб. пособие для студентов вузов / сост. Л. М. Шипицына. - 2-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Дидактика Плюс, 2001. - 368 с. - ISBN 5-89239-028-4.
22. **Дольто, Ф. (Dolto, F.).** На стороне ребёнка = La cause der Enfants : [науч. тр.] / Франсуаза Дольто ; [пер. с фр. Е. В. Баевская, О. В. Давтян ; науч. ред. В. Е. Каган]. - СПб. [и др.] : Петербург-XXI век [и др.], 1997. - 526, [2] с. - (Мир детства) (Психология, история, педагогика). - ISBN 5-88485-014-X.
23. **Иванов, Е.С., Демьянчук, Л.Н., Демьянчук, Р.В.** Детский аутизм: диагностика и коррекция. — СПб.: «Дидактика Плюс», 2004. — 80 с.
24. **Карвасарская, И. Б.** В стороне: из опыта работы с аутичными детьми : [практ. рекомендации] / И. Б. Карвасарская. - М. : Теревинф, 2003. - 66, [3] с. - ISBN 5-901599-12-8.
25. **Карвасарская, И. Б.** В стороне: из опыта работы с аутичными детьми : [практ. рекомендации] / И. Б. Карвасарская. - М. : Теревинф, 2003. - 66, [3] с. - (Особый ребёнок). - ISBN 5-901599-12-8.
26. **Коррекционно-развивающая работа при тяжелых расстройствах аутистического спектра** : учеб.-метод. пособие / Департамент образования и молодёж. политики Ханты-Манс. авт. округа - Югры, ГОУ ВПО ХМАО - Югры "Сургут. гос. пед. ун-т" ; авт.-сост.: И. Ф. Павалаки [и др.]. - Сургут : РИО СурГПУ, 2014. - 191, [1] с. - ISBN 978-5-93190-323-1.
27. **Коррекционно-развивающая работа при тяжелых расстройствах аутистического спектра** : учеб.-метод. пособие / Департамент образования и молодёж. политики Ханты-Манс. авт. округа - Югры, ГОУ ВПО ХМАО - Югры "Сургут. гос. пед. ун-т" ; авт.-сост.: И. Ф. Павалаки [и др.]. - Сургут : РИО СурГПУ, 2014. - 191, [1] с. - ISBN 978-5-93190-323-1.
28. **Критерии** и методики оценки состояния здоровья и развитию реабилитационного потенциала детей с РДА. Авт.-сост.: О.А.Мальков, д.м.н. доцент, А.А.Говорухина д.б.н., доцент [Электронный ресурс]: URL: <http://stud.surgpu.ru/edu/metodicheskie-rekomendacii/>
29. **Лютова, Е. К.** Шпаргалка для родителей. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми : [науч.-практ. изд.] / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. - СПб. [и др.] : Речь [и др.], 2002. - 135 с. : ил. - (Детская психология и психотерапия). - ISBN 5-9268-0055-2.

30. **Лютова, Е. К.** Шпаргалка для родителей. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми : [науч.-практ. изд.] / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. - СПб. [и др.] : Речь [и др.], 2002. - 135 с. : ил. - (Детская психология и психотерапия). - ISBN 5-9268-0055-2.
31. **Малофеев, Н.Н., Никольская, О.С., Кукушкина, О.И., Гончарова, Е.Л.** Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения // Дефектология. 2010. № 1. С. 6-22.
32. **Мамайчук, И. И.** Психологическая помощь детям с проблемами в развитии : [монография] / И. И. Мамайчук. - СПб. : Речь, 2001. - 218, [2] с. - (Детская психология и психотерапия). - ISBN 5-9268-0061-7.
33. **Мамайчук, И. И.** Психологическая помощь детям с проблемами в развитии : [монография] / И. И. Мамайчук. - СПб. : Речь, 2008. - 218, [2] с. - ISBN 5-9268-0427-2 : 170-00.
34. **Марунова, Л.А.** Использование шкалы CARS (шкала количественной оценки детского аутизма) с целью диагностики детей группы РАС в процессе коррекционно-реабилитационной работы // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. Сб. матер. LVI Междунар.науч.-практ.конф. Новосибирск, 14 марта. 12 апреля. Новосибирск, 2017. 312 с.
35. **Никольская, О. С.** Аутичный ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг ; ред. А. Г. Яковлев. - 2-е изд., стер. - М. : Теревинф, 2000. - 336 с. - (Особый ребенок). - ISBN 5-88707-021-8.
36. **Никольская, О. С.** Аутичный ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг . - 3-е изд. - М. : Теревинф, 2005. - 288 с. - (Особый ребенок). - ISBN 5-901599-16-0.
37. **Никольская, О.С., Баенская, Е.Р., Либлинг, М.М.** Аутичный ребенок. Пути помощи. М.:Теревинф, 2005.
38. **Никольская, О.С.** Психологическая классификация типов детского аутизма // Вопросы психологии. 2017. № 5. С.14-25.
39. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра. Методические рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы / Отв. ред. С.В. Алехина // Под общ. ред. Н.Я. Семаго. М.: МГППУ, 2012. 80 с.
40. **Основы специальной психологии** : учеб. пособие для студентов сред. проф. образования / [Л.В. Кузнецова и др.] ; под ред. Л.В. Кузнецовой. - 3-е изд., стер. - М. : Академия, 2006. - 480 с. - (Среднее профессиональное образование). - Гриф МО. - ISBN 5-7695-2922-9 : 350-00.
41. **Питерс, Т.** Аутизм: от теоретического понимания - к педагогическому воздействию : кн. для педагогов-дефектологов / Т. Питерс ; пер. с англ. М. М. Щербаковой ; под ред. Л. М. Шипицыной. - М. : Владос, 2002. - 240 с. - (Коррекционная педагогика). - ISBN 5-691-00907-9.
42. **Питерс, Т.** Аутизм: от теоретического понимания - к педагогическому воздействию : кн. для педагогов-дефектологов / Т. Питерс ; пер. с англ. М. М. Щербаковой ; под ред. Л. М. Шипицыной. - М. : Владос, 2002. - 240 с. - (Коррекционная педагогика). - ISBN 5-691-00907-9.
43. **Психология аномального развития ребёнка** : учеб. пособие : хрестоматия : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. В. Лебединского, М. К. Бардышевской. - Изд. 2-е, стер. - М. : ЧеРо [и др.], 2006. - 816, [1] с. - Гриф УМО. - ISBN 5-88711-295-6 : 249-10.
44. **Психотерапия детей и подростков** = Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter / под ред. Х. Ремшмидта ; пер. с нем. Т. Н. Дмитриевой . - М. : Мир, 2000. - 656 с. : ил. - ISBN 5-03-003313-0.

45. Создание специальных условий для детей с расстройствами аутистического спектра в общеобразовательных учреждениях: Методический сборник / Отв. ред. С.В. Алехина// Под. ред. Е.В. Самсоновой.
46. **Сорокин, А.Б., Зотова, М.А., Коровина, Н.Ю.** Скрининговые методы для выявления целевой группы «спектр аутизма» педагогами и психологами // Психологическая наука и образование. 2016. Т.21. №3. С.5-7.
47. **Сорокин, А.Б., Давыдова, Е.Ю.** 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 // Аутизм и нарушения развития. 2017.Т.15. №2. С.38-44.
48. **Специальная дошкольная педагогика** : учеб. пособие для студентов вузов / Е. Р. Баенская [и др.] ; под ред. Е. А. Стребелевой. - М. : Академия, 2002. - 312 с. - (Высшее образование). - Гриф МО. - ISBN 5-7695-0558-3.
49. **Хаустов, А.В.,** Красносельская, Е.Л., Хаустова, И.М. Дети с расстройствами аутистического спектра. Протокол педагогического обследования // Практика управления ДОУ. – 2014. – №1. – с. 32–50.
50. **Шапошникова, А.Ф.** Скрининговая диагностика и динамический контроль детей с заболеваниями аутистического спектра с использованием рейтинговой шкалы для оценки детского аутизма // Социальная и клиническая. 2012. Т.22. № 2. С.63-68.
51. **Широкова, Г. А.** Практикум для детского психолога / Г. А. Широкова, Е. Г. Жадько. - Изд. 9-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2012. - 314, [2] с. : ил. - (Серия" Психологический практикум"). - ISBN 978-5-222-19878-0 : 159-60.