**ГОРОДСКОЙ ОКРУГ КРАСНОГОРСК**

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР «ЛИДЕР»»**

**Реферат на тему :**«Специфика и критерии психолого-педагогической диагностики РАС в младенческом и раннем возрасте»

**Выполнила  
Учитель-логопед:**

**Капусткина А.А**

**2024г.**

**СОДЕРЖАНИЕ**

**Введение…………………………………………………………………………**3

**I.Классификация раннего детского аутизма (РДА)……………………….**.4

**II. Психолого-педагогическая характеристика детей с ранним детским аутизмом (РДА)…………………………………………………………………**10 **III. Основные критерии диагностики……………………………………….**14 **IV . Особенности диагностической работы детей с аутизмом…………....**17 **V. Дифференциальная диагностика раннего детского аутизма…………**.20 **VI. Использованная и рекомендуемая литература……………………...…**23

**ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время ключевыми задачами государственной политики в области детства является поддержка детей с ограниченными возможностями здоровья, их надлежащая социальная и правовая защита, создание благоприятных условий для их жизнедеятельности, обучения и развития. Одним из важнейших направлений этой деятельности является реабилитация детей с аутистическими расстройствами. Проблема расстройств аутистического спектра является одной из наиболее актуальных, это обусловлено неуклонным ростом числа детей, с ранним детским аутизмом. Распространенность аутизма и расстройств аутистического спектра составляет около 20 случаев на 10000 детского населения (Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др.). На современном этапе аутизм рассматривается как группа синдромов разного происхождения, характеризующихся нарушением социального взаимодействия и общения, стереотипным поведением, среди которых выделяется синдром Каннера (ранний детский аутизм), атипичный аутизм, синдром Ретта, синдром Аспергера и др. Ранний детский аутизм (РДА) в настоящее время рассматривается не только как клиническая, но, и как психолого-педагогическая проблема и в связи с запросом сообщества на введение в образовательное пространство категорий детей, ранее признаваемых необучаемыми. Детский аутизм проявляется в разных формах, при различных уровнях интеллектуального и речевого развития (Лалаева Р.П., Серебрякова Н.В. и др.). Неговорящие аутичные дети отличаются наиболее глубокими аффективными расстройствами, резким снижением психического тонуса, тяжелыми нарушениями произвольной деятельности, целенаправленности, они не испытывают потребности в общении с окружающим миром. Как показывает отечественный и зарубежный опыт ранняя диагностика, длительная комплексная адекватная медико-психолого-педагогическая коррекция дает возможность большинству аутичных детей обучаться в школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний и искусстве. Систематическая комплексная психолого-педагогическая коррекция детей-аутистов возможна лишь в специально организованных условиях, когда имеется возможность проследить динамику развития каждого ребенка, начиная с раннего возраста. Задачами курса «Ранний детский аутизм: особенности и коррекция» являются: – формирование у бакалавров знаний о структуре дефекта при раннем детском аутизме и особенностях его проявления у детей; – ознакомление с диагностическими критериями раннего детского аутизма; – изучение особенностей коррекционной работы при раннем детском аутизме; 4 – формирование у бакалавров профессиональных умений и навыков осуществления коррекционно-педагогической работы с детьми с ранним детским аутизмом; – развитие гуманного отношения бакалавров к детям с ранним детским аутизмом.

1. **Классификация раннего детского аутизма (РДА)**

Выделяют несколько разных классификаций аутизма. В психиатрической практике применяется Международная классификация болезней 10-го пересмотра (1994). Она включает :  
 F84.0 Детский аутизм;   
F84.1 Атипичный аутизм;   
F84.2 Синдром Ретта;  
 F84.3 Дезинтегративное расстройство детского возраста;   
F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями;   
F84.5 Синдром Аспергера;   
F84.8 Другие первазивные расстройства развития;   
F84.9 Первазивные расстройства развития неспецифицированные.

**1.Детский аутизм** – общее расстройство развития, которое наиболее ярко наблюдается в возрасте до 3 лет. У детей нарушено социальное взаимодействие, общение, отмечено ограниченное, повторяющееся поведение. Таким образом, изменены три сферы социального взаимодействия. Чаще всего встречается у мальчиков, чем у девочек. Предшествующего периода нормального развития практически не наблюдается. Обычно данное нарушение выявляют в возрасте до 3 лет. Дети качественно нарушают социальное взаимодействие. При этом дошкольники неадекватно оценивают окружающих, отсутствуют реакции на эмоции других людей. Они недостаточно используют социальные сигналы. У таких детей совершенно незначительно интегрируют социальность, эмоциональность, коммуникативность в собственном поведении. Такой вид нарушения всегда характеризован ограниченностью, повторением, стереотипностью поведения, интересов, активности . Поведение таких детей характеризуется особым порядком нефункциональности ритуалов. Ребенок может сопротивляться тому, что изменяется заведенный порядок или детали, которые его окружают. Кроме данных диагностических признаков, у детей проявляются страхи (фобии), наблюдаются нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Для аутизма свойственна специфичность в том, как проявляется дефект, меняющийся вместе с ростом ребенка. И нарушения сохраняются в течение периодов взросления ребенка. Данный синдром отмечается во всех периодов возрастного развития. Аутизм характеризуется разными уровнями умственного развития, но в основном наиболее ярко проявляется умственная отсталость.

**2.Атипичный аутизм** достаточно часто встречается у детей с умственной отсталостью или тяжелым расстройством развития рецептивности в речи. Данный вид аутизма отличается тем, что у дошкольников отсутствуют диагностические критерии, это касается возраста детей трех – пяти лет. Это впервые появляется после трех лет.

У детей отсутствуют достаточно отчетливые нарушения в одной или двух из трех сфер психопатологии, которые нужны для того, чтобы диагностировать аутизм. Речь идет о нарушениях в социальных сферах (взаимодействие, общение, ограниченность, стереотипность, повторяемость в поведении). Рассматриваемый вид аутизма наиболее часто диагностируется у детей с глубокой умственной отсталостью. У них в фунционировании отмечен низкий уровень, а, следовательно, наблюдается малый объем простора для того, чтобы проявилось специфическое отклоняющееся поведение, которое необходимо для диагностики аутизма. Необходимо констатировать значительное отклонение атипичного аутизма от обычного аутизма.

**3. Синдром Ретта**. Данное заболевание является наследственным. Оно диагностируется у девочек. До года или полутора лет ребенок развивается нормально, но затем девочки теряют навыки в речи, пропадают двигательные навыки, дети забывают о предметно-ролевых навыках. Они стереотипно и однообразно двигают руками, потирают и заламывают их. У девочек затруднена речь, иногда она мутирует или пропадает. Девочки как бы выдавливают из себя смех, а потом их поведение становится импульсивным.

**4.Другие дезинтегративные расстройства детского возраста**. Заболевание постепенно прогрессирует, но при этом развивается деменция. Нарушения социализации и общения типичны скорее для аутизма, чем для нарушения интеллекта. В данную группу включаются рано развившиеся прогрессирующие заболевания с остановкой и регрессией психического развития, а также нарушением социального, коммуникативного и поведенческого функционирования. Обычно, это сопровождается стереотипными движениями и аутистическим поведением. Для диагноза важно, что всегда предшествует период нормального развития и нет доказательств распознаваемого органического повреждения мозга.

**5.Гиперактивные расстройства, сочетающиеся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.** Признаки характеризуются названием заболевания. Выраженная, глубокая и тяжелая умственная отсталость с осложняющей симптоматикой.

**6.** **Синдром Аспергера**. Впервые его описал в 1944 году венский психиатр Г. Аспергер. Он рассматривал это нарушение как расстройство личности и обозначил аутистической психопатией. В настоящее время происхождение данного расстройства не определено. Синдром Аспергера представляет собой мягкий вариант аутистического расстройства. Форма аутизма, которая отличается сохранностью способность функционировать. Данный синдром отличается тем, что клинические относительно стерты. У детей отмечается нормальный интеллект, слаборазвитые социальные способности. Для них характерны качественные нарушения в социальном взаимодействии и ограниченность, повтор, стереотип в поведенческих особенностях, в интересах и занятиях. Чем дальше развивается ребенок, тем более формируется особая личность, которая приближается к шизоидному типу.

**7.Синдром Аспергера** носит характер качественного нарушения социального взаимодействия, наличие стереотипного, повторяющегося ограниченного поведения, интересов и занятий, что и типичный детский аутизм. Тем не менее, при синдроме Аспергера нет задержки в речевом и интеллектуальном развитии. В основном у большей части детей отмечается нормальный интеллект. Моторное развитие имеет следующие особенности: они ходят неуклюжи, движения неравномерные, стереотипные. У мальчиков данное расстройство наблюдается чаще, чем у девочек. Для них характерны эгоцентризм, низкая потребность во взаимодействии со сверстниками. В общении дети наивны, не умеют обманывать или делают это своеобразным образом, часто в ущерб себе. Для них свойственно повышенная ранимость к замечаниям и обидам, фиксированный, «загадочный» взгляд, бедность мимики, жестов и языка тела.

**8. Первазивные расстройства развития неспецифицированные** полное нарушение социального взаимодействия или вербальной и невербальной коммуникации. Диагностика проводится в случаях ограниченности поведения. Критерии специфики первазивных и аналогичных им расстройств не всегда соответствуют интересам и занятиям детей. В большом количестве случаев неспецифическое первазивное расстройство развития получило название атипичного аутизма, так как не соответствует критериям аутистического расстройства. Например, обнаруживается позднее или в наименьшей мере выражено, или могут проявляться все три критерии вместе взятые. Однако, в МКБ-10 атипичный аутизм и неспецифическое расстройство развития разделяются и имеют разные коды. Таким образом, главными клиническими симптомами РДА является: раннее начало заболевания; нарушенный контакт с матерью; поведение, характерное для аутистов; стереотипность в поведении; неравномерность в созревании всех сфер функциональных действий; особенности речевого развития. Клинико-психологическая классификация (О.С. Никольская, К.С. Лебединская, 1985-1987). Авторы выделяют четыре группы раннего детского аутизма. Основные критерии данной классификации: – характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой; – характер и степень первичных расстройств.

**Первая группа характеризуется полной отрешенностью от всего происходящего.** Данная группа детей отличается глубокой аутичностью. Они отмечены максимальной отрешенностью от действительности, которая их окружает. Дети не разговаривают, у них нет потребности контактировать с окружающими. Для них характерна потребность выражения «полевого» поведения. Действия, которые производит ребенок, совершенно не есть результат, который есть внутреннее решение, либо какое-то обдуманное желание. На то, как действует ребенок, влияет то, как пространственно организованы объекты в окружающем помещении. Поэтому в поведении ребенка наблюдается бесцельное перемещение по комнатам, небольшое касание предметов. Характерологическим в поведении данной группы является своеобразное эхо посторонних впечатлений, которое отражает внутренние устремления . Данная категория детей не контактирует с людьми и окружающим миром, причем, даже не стремясь наладить этот контакт. Дети данной группы не имеют активных средств защиты. У них отсутствует активность в формах аутостимуляции, речь идет моторной стереотипии. Аутисты отрешены от всего происходящего вокруг. Самое большое желании таких детей – отгородиться ото всего. У таких детей отсутствует речь, жесты, мимика, изобразительные движения. Этой группе детей не нужны никакие точки соприкосновения с окружающей действительностью. У них происходит игнорирование мокрых пеленок, жизненно важных, витальных потребностей. У таких детей отмечается непереносимость взгляда глаза в глаза, отказ от разных видов телесных контактов.

**Вторая группа – активное отвержение окружающей среды.** У данной группы детей контактирование нарушено значительно меньше. Они достаточно сильно дезадаптированы в окружающей среде. Поведение детей стереотипно, дошкольники избирательны в выборе еды, одежды, маршрутов передвижения. Выражение лиц детей этой группы очень часто выражают страхи перед окружающим миром. Дошкольники могут установить социумные контакты, хотя они выбирают себе объект для общения избирательно и фиксировано. Дети имеют узкие и жесткие предпочтения. Для них характерны взмахи рук, повороты головы, манипуляции различными предметами, то есть, представлены стереотипные моторные движения. Дети этой группы отличаются более развитой речью, они используют еѐ для того, чтобы обозначить свои потребности. Но во фразовой речи присутствуют стереотипы и речевые штампы, копированные из внешнего мира. Ребенок не называет себя в качестве первого лица. Они часто используют фразы, которые слышали в мультфильмах.

**Третья группа – захваченность аутистическими интересами**. Дети третьей группы представляют окружающим экстремальную конфликтность. Это выражено в агрессивной форме, которая направлена либо на окружающих, либо на самого себя. Эти дети отличаются более развитой монологической речью. Но эта речь фразовая, немного неестественная. Эти дети не хотят собеседников. Они очень развиты в двигательной сфере. Особенностью этих детей является наличие разнообразных познаний в различных дисциплинах, но и значительное манипулирование данными знаниями. Практической деятельностью эти дети не занимаются, хотя мыслят с удовольствием, хотя и стереотипно, и это доставляет им большое удовольствие. Эти упражнения приносят им массу положительных впечатлений.

**Четвертая группа – чрезвычайная трудность во взаимодействии с окружающей средой.** Дети этой группы очень ранимы. В данном случае аутизм представлен в том, что у них неразвиты формы общения. Эти дети имеют большую потребность в общении, готовы к тому, чтобы вступить в социальное взаимодействие. Но они незащищены и ранимы, поэтому если эти дети чувствуют какое-либо препятствие в общении или противодействие, то контакт сразу же прекращается. Такие дети устанавливают контакт глазами, но этот контакт прерывист. Общее впечатление от этих детей – робость и застенчивость, стереотипное поведение. Но эти дети явно проявляют педантизм, стремятся к порядку.

Следовательно, диагностируя аутизм, можно выделить основную симптоматику:  
 – дети грубо нарушают вербальные и невербальные навыки общения;   
– у дошкольников наблюдается навязчивость в движениях, в двигательной расторможенности;   
– дошкольники боятся любых изменений в окружающей среде;   
– дети избегают любого глазного контакта;   
– дошкольники отличаются необычной (нетрадиционной) манерой обращения с объектами и игрушками, недостаточным развитием игрового воображения;  
 – у детей нарушено социальное развитие, у них ограниченны интеллектуальные возможности.

**II. Психолого-педагогическая характеристика детей с ранним детским аутизмом (РДА)**

Психолого-педагогическая характеристика аутистических расстройств личности сложна, разнообразная и необычная по сравнению с другими нарушениями психического развития. Основными признаками синдрома РДА является триада симптомов. Речь идет об аутизме с аутистическими переживаниями; стереотипном, однообразном поведении с элементами одержимости; своеобразными нарушениями речевого развития. Аутизм в наибольшей степени наблюдается в возрасте 3-5 лет. В раннем возрасте характерны следующие особенности:  
 – аутичный ребенок не фиксирует взгляд на лице, деталях лица другого человека, не может вынести, если собеседник идет с ним на прямой глазной контакт;   
– ребенок с аутизмом впервые улыбается вовремя, но эта улыбка никому не адресована, он не смеется, не испытывает радость и другие аффективные реакции;   
– аутичный ребенок отличается индифферентностью отношения к окружающим его людям, у ребенка отсутствует желание идти к кому-нибудь на руки и очень долго в коляске, в кроватке, в манеже. Когда ребенок видит близких ему людей, то он узнает их, но не проявляет насыщенности и эмоциональности в реакциях;   
– ребенок с аутизмом равнодушен к ласкам, иногда только терпит, а в случае получения приятных ощущений, быстро прекращает тактильное общение; – обращает внимание на парадоксальность в отношении к дискомфорту, они полярно различны: либо непереносимость, либо безразличие;   
– аутичному ребенку не хочется контактировать с другими людьми, избегает контактов, а иногда их очень быстро прекращает, в тактильных контактах безразличен и вял. Поведение ребенка-аутиста тождественно в желании сохранить постоянство, которое привычно для него и это противостоит любому изменению в окружающем мире. В качестве внешних проявлений это выражается в том, что ребенок постоянно обеспокоен, ему страшно, он агрессивен, самоагрессивен, гиперактивен, у него расстроено внимание. Кроме того, эта тождественность стереотипна, это выражается в многократности повторений и простых и сложных ритуальных действий. Дети в своем поведении стремятся к тому, чтобы у них было жесткое постоянство в бытовых привычках в приеме пищи, применении посуды, одежды, в проведении прогулок, чтении книг и слушании музыкальных произведений. Стереотипны и игры детей-аутистов. Свойственно однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий, например, когда ребенок берет бутылку любой формы и начинает еѐ вертеть, начинает перебирать веревку между пальцами. Дети-аутисты не используют игрушки по назначению. Они переливают воду, пересыпают песок, но не играет в привычные детские игры. Неравномерность развития при аутизме отчетливо проявляется в особенностях моторики. Движения аутичных детей угловатые, вычурные, несоразмерные по силе и амплитуде. Нередко отдельные сложные движения ребенок выполняет успешнее, чем более легкие, иногда тонкая моторика развивается в отдельных своих проявлениях раньше, чем общая, а движение, свободно, точно и легко совершаемое в спонтанной активности, оказывается трудновыполнимым в произвольной деятельности. Очень рано появляются страхи, которые могут быть диффузными, неконкретными, на уровне общей тревоги и беспокойства, и дифференцированными, когда ребенок боится определенных предметов и явлений, причем перечень объектов страха поистине бесконечен: зонты, шум электроприборов, мягкие игрушки, собаки, все белое, машины, подземные переходы и др. К первым признакам «необычности» поведения, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, которые отмечаются на первом году жизни. Для аутичных детей свойственна необычная реакция на «новизну». Так, изменение освещения, выраженное в чрезвычайно резкой форме и продолжающееся длительное время после прекращения действия раздражителей. У большинства детей с аутизмом «комплекс оживления» не выражен. Дети не улыбаются и не удивляются при звуке голоса. Таким образом, в отличие от нормы, где более стойкой является реакция оживления на взрослого по сравнению с реакцией на неодушевленные предметы, у таких детей наблюдается противоположная картина. Тем не менее, в реакциях оживления у детей отмечается безразличность, как к близким взрослым, так и к любому постороннему лицу.

По мере взросления ребенка слабость эмоциональных контактов, с близкими взрослыми увеличивается. Находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Во второй половине первого года жизни, особенности поведения детей проявляются наиболее отчетливо. Для аутичных детей характерна общая вялость, пассивность. Другие, наоборот отличаются повышенной подвижностью, суетливостью. Это отмечается в желании ребенка брать все предметы, которые попадаются на глаза, при этом отсутствует ощупывание, изучение свойств предмета. Основным новообразованием в раннем возрасте становятся действия с предметами, усваиваются общественно выработанные способы их употребления. Важное значение в этом принадлежит развитию ориентированной деятельности, которая в норме направлена на выяснение функциональных свойств предметов. Для детей с аутизмом наиболее привлекательными являются манипуляции предметами, их ориентировочные реакции даже за пределами раннего детства направляются на физические свойства вещей (подбрасывание, постукивание пуговицами и т.д.). Некоторые дети открывают и закрывают двери с целью получения специфического скрипящего звука, вслушиваются в шуршание разрываемой бумаги. Со специфическим реагированием на новизну связан отмечаемый у аутичных детей феномен непереносимости изменений в окружающей обстановке – «феномен тождества». Перемены порядка расположения предметов на полочке, новый воротник на одежде матери. Нередко дети избирательны в собственной одежде, к еде. Действия самообслуживания формируются замедленно, но овладев, ими дети отказываются применять усвоенные навыки, предпочитая, чтобы их кормили и одевали взрослые.

**III. Основные критерии диагностики.**

Исследования К.С. Лебединской, О.С. Никольской позволили выявить особенности клинико-психологической структуры ранних проявлений аутизма. Данные исследования позволяют выделить критерии, способствующие разграничению начальных проявлений РДА.

1. Аутизм. Нарушен зрительный контакт, не фиксирует взгляд на лице человека, избегает взгляда глаза в глаза (смотрит «мимо», «сквозь», неподвижно, испуганно). Нарушение комплекса оживления. Изменяется отношение к родным. Реакция на нового человека выражается в проявлении тревоги, страха, агрессии или игнорировании. Наблюдаются нарушения общения со сверстниками, которые проявляются в пассивном или активном пренебрежении. Изменения отношения к физическому контакту (неприязнь, гиперсензитивность), к словесному обращению. Отмечается как непереносимость одиночества, так и его предпочтение. Характерна необычность излюбленного объекта внимания (яркое пятно, деталь одежды, орнамент обоев и др.); нарушена дифференциация одушевленного и неодушевленного.

2. Страхи. Наблюдаются страхи одиночества, высоты, чужих людей, животных, боязнь темноты, бутовых шумов, яркого и др. Проявляется повышенная склонность к фиксации страхов в объективно неблагоприятной обстановке.

3. «Феномен тождества». Данный феномен заключается в следующем: трудности питания ребенка, приверженность к привычным деталям окружающего, патологические реакции на перемену обстановки.

4. Нарушения чувства самосохранения. Характерным является отсутствие «чувства края», убежать в чащу леса, выскочить на улицу, спрыгнуть с высоты. Отсутствует закрепление отрицательного опыта ожогов, ушибов, защитной агрессии.

5. Стереотипы. Отмечаются двигательные (раскачивая, однообразные повороты), сенсорные (стереотипные зрительные, звуковые ощущения), речевые (эхолалии, фразы-цитаты, стереотипные манипуляции со звуками, словами, фразами), поведенческие (ритуал в соблюдении режима, выборе еды, одежды, маршрута и др.) нарушения.

6. Особенности речи. Наблюдаются нарушения импрессивной и экспрессивной стороны речи. Отсутствует гуление, лепет. Характерно запаздывание или опережение появления первых слов, которые носят эхолалический характер.

7. Особенности познавательной деятельности и интеллекта (отставание, парциальное ускорение, распад).

8. Особенности игры (отсутствие игры, задержка на стадии элементарных манипуляций). Отмечаются игровые аутодиалоги, игры-фантазии со стойким перевоплощением в животных, в неодушевленные предметы.

9. Особенности витальных функций и аффективной сферы (гиповозбудимость, гипервозбудимость).

10. Особенности восприятия (нарушения зрительного, слухового, тактильного, вкусового, обонятельного проприоцептивного восприятия).

11. Особенности моторики (двигательная заторможенность, вялость или расторможенность, возбудимость).

12. Патология влечений (агрессия, самоагрессия).

13. Особенности навыков социального поведения (запаздывание формирования навыков самообслуживания, опрятности).

14. Церебрально-органические знаки (судорожные припадки, компенсированная гидроцефалия, органические дисплазии телосложения, выраженность побочных действий и парадоксальных реакций при применении психофармакологических препаратов).

15. Соматические нарушения (предрасположенность к аллергическим заболеваниям, компонентам при инфекциях, аллергическим реакциям на лекарственные препараты). Симптоматика раннего детского аутизма на самых ранних этапах жизни обладает большим полиформизмом. При постоянстве стержневых аутистических расстройств ряд других проявлений достаточно варьирует по частоте и степени выраженности. Описанные критерии, позволяют разграничить начальные проявления аутизма на варианты, что дает возможность дифференциации самых ранних коррекционных подходов.

**I группа** – преобладание отрешенности от окружающего: наличие полевого поведения (целенаправленного дрейфа от одного объекта к другому, карабканья по мебели, туловищу взрослого, длительного пассивного созерцания беспредметных объектов; случайных непроизвольных действий, указывающих на определенное запечатление окружающего и ориентацию в пространстве; ритмической вокализации). Данные проявления позволяют квалифицировать данный вариант аутического дизонтогенеза как регрессивный. Нозологически здесь речь идет о злокачественно текущей шизофрении.

**II группа** – преобладание аутического отвержения окружающего: проявление двигательных, сенсорных, речевых стереотипий, импульсивных движений, однообразие игры с привлечением неигровых предметов, выраженность нарушений чувства самосохранения, «феномен тождества»; многочисленные страхи, отставание в психическом развитии. В первые месяцы жизни наблюдаются нарушения витальных функций, по типу гипервозбудимости; иногда – судорожные припадки. Данный вариант РДА может быть обусловлен как шизофренией, так и органическим поражением центральной нервной системы.

**III группа** – преобладание аутистического замедления окружающего сверхценными пристрастиями, отвлеченного характера интересами и фантазиями, расторможенностью влечений. Страхи носят бредоподобный характер. В сюжете игры, по отношению к близким и детям проявляется агрессия. Наблюдается слабость эмоциональных привязанностей. На первом году жизни отмечается мышечный гипертонус, напряжение или сопротивление при взятии на руки. Нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности. Здесь наблюдается как проявление вялотекущей шизофрении, так и аутистическая психопатия (вариант синдрома Аспергера).

**IV группа** – преобладание сверхтормозимости с окружающим миром. Свойственна ранимость, пугливость. Отмечается пониженный фон настроения, сверхценные страхи, тихая малоподвижная игра, нарастание боязливости и скованности при малейшем изменении привычного стереотипа. Проявляются интересы к природе, музыке. Наблюдается заторможенность и неуверенность движений .

**IV . Особенности диагностической работы детей с аутизмом.**

Качественная и своевременная диагностическая работа во многом определяют возможности коррекции проявлений аутизма. Основными требованиями к ее организации являются: – ранее начало (необходимо проводить с первого дня пребывания ребенка в учреждении); – комплексной (включение в работу специалистов разного профиля и родителей, использование разных методов); – динамической (нацеленной не на скорейшее установление окончательного диагноза, а на его планомерное уточнение с учетом особенностей онтогенетического развития ребенка, степени адаптации и коррекционной работы).

Выделяют несколько этапов:

**1 этап – ориентировочный**. Основные задачи: 1) изучение актуальных проблем ребенка; 2) выдвижение гипотезы о причинах их возникновения; 3) стратегия путей дальнейшей диагностики; 4)конкретизация подходов обеспечения адаптации и первичной коррекции.

Основные методы: 1) биографический – реализуется в ходе изучения документации (психолого-педагогической – если ребенок ранее посещал какие-либо образовательные учреждения или психолого-педагогические консультативные центры; медицинской – представленной родителями или полученной по запросу из учреждений системы здравоохранения) и в ходе бесед с родителями (законными представителями) и близкими родственниками ребенка; 2) наблюдение (в разных ситуациях деятельности ребенка – в период непосредственного обследования тем или иным специалистом, на занятиях, в игре, на прогулке и др.); 3) беседа с ребенком и с родителями. Результат: обобщение первичных сведений о соматическом, нервнопсихическом и психологическом статусе ребенка, условиях семейного воспитания, степени (и потенциальных возможностях) адаптации в детском коллективе, особенностях эмоционально-волевых проявлений, уровне работоспособности, утомляемости, специфике взаимоотношений со взрослыми и сверстниками .

**2 этап – углубленной диагностики и определения зоны ближайшего развития ребенка**. Основные задачи: 1) исследование процессов развития психических функций (внимания, восприятия, памяти, мышления, речи); 2) анализ особенностей эмоционально-волевой сферы и мотивационной готовности; 3) изучение особенностей личностного развития; 4) исследование объема и характера знаний, умений и навыков соотносительно с возрастом и особенностями ребенка; 5) контроль жилищно-бытовых условий, семейных взаимоотношений и стиля семейного воспитания.

Основные методы: 1) констатирующий педагогический эксперимент; 2) экспериментально-психологический метод, реализуемый посредством использования стандартизированных психологических методик, опросников и анкет для родителей и др. В процессе исследования психических функций отмечаются особенности понимания и удержания инструкции, способность доводить начатое задание до конца, а также характеристика деятельности ребенка: стойкость интереса, целенаправленность, сосредоточенность, истощаемость, работоспособность, умение использовать помощь, реакция на результат. Результат: анализ и обобщение полученных результатов позволяет оформить психологическое, педагогическое, логопедическое и медицинское заключения, представляемые на психолого-медико-педагогический консилиум с целью всестороннего анализа, выработки единой стратегии работы с ребенком и ее согласования с родителями; разработка коррекционных программ, схем сопровождения, индивидуальных образовательных маршрутов.

**3 этап – динамической диагностики**.

Основные задачи: – постановка точного диагноза; – определение конкретности в направлении индивидуального образовательного маршрута; – анализ и изучение путей коррекции развивающих программ.

Методы: – формирующий педагогический эксперимент, – указанные выше с учетом необходимости. Результат: определение результата оптимизации в индивидуальном подходе к обучению, анализ сфер воспитания и коррекции ребенка с аутизмом.

**4 этап – катамнестического исследования** Основной задачей являются оценки степеней адаптированности детей в условиях, предъявляемых экстернальностью ситуации.

Метод: катамнез. Содержание, форма и сроки катамнестического исследования могут варьироваться в каждом конкретном случае. Вариант (для ребенка, перешедшего в основную школу): 1. Фамилия, имя ребенка. 2. Возраст на момент сбора катамнеза. 3. Характер адаптации в новых образовательных условиях, по мнению родителей, педагогов, разных специалистов учреждения, в которое ребенок переведен. 4. Успеваемость. 5. Предпочтения в учебных предметах. 6. Увлечения. 7. Применяемые методы медицинского воздействия. 8. Особенности общения и социального взаимодействия в семье и школе. Результат: оценка эффективности деятельности службы психологопедагогического сопровождения. В практической деятельности выделяется три степени социальной адаптации по данным катамнеза: а) ребенок социально адаптирован в школе, не испытывает особых затруднений в общении и учебной деятельности; б) испытывает трудности в общении, но успешно их преодолевает, нет социальной дезадаптации; в) испытывает трудности в учебной деятельности и социальном взаимодействии, нуждается в психолого-педагогическом сопровождении .

**V. Дифференциальная диагностика раннего детского аутизма**.

Дифференциальная диагностика РДА представляет определенные трудности, так как данный вид нарушения имеет много общего с другими заболеваниями. Ранний детский аутизм следует отграничивать от невропатии, умственной отсталости, нарушений психического развития при поражениях мозга, глухоты, детского церебрального паралича. У детей с невропатией пониженный физический, моторный и психический тонус. У них отмечается повышенная чувствительность к оценке их поведения; они боязливы, плохо переносят смену обстановки. Эти симптомы схожи с поведением аутичных детей. При невропатии может наблюдаться смена настроения: ребенок капризничает, вялый, проявляется апатия. Проявление данных симптомов проявляется в процессе нарушений сна, пищеварения, пребывания ребенка в душном помещении или на жаре. У детей с невропатией нарушаются механизмы сосания, глотания, это обусловлено повышенной рефлекторной возбудимостью . Детям с невропатией присущи такие двигательные стереотипы, как тики, которые качественно отличаются от странных движений при РДА. На контакт дети с невропатией идут охотно, если от взрослых или их сверстников не исходит опасность или агрессия. Их страхи хотя и несколько преувеличены, но всегда адекватны и актуальны для определенного момента. Нередко дети отрицательно реагируют на какую-либо перемену обстановки, но эта реакция. Если ситуация меняется на более комфортную, дети с невропатией воспринимают ее положительно. В игре дети с невропатией, в отличие от детей с РДА, охотно подражают другим. Их речь внятная, отсутствуют аграмматизмы, эхолалия. Дети с невропатией охотно отзываются на ласку. Детей с РДА следует отличать от умственно отсталых детей. За умственную отсталость при РДА может приниматься отсутствие реакции на мать, на людей вообще, позже – отсутствие речи, навыков самообслуживания, игры. Необходимо учитывать, что у умственно отсталых детей имеется зрительный контакт, потребность в еде, тепле. У этих детей наблюдается адинамия или двигательная расторможенность. У детей с умственной отсталостью меньше нарушены контакты, они испытывают адекватный страх перед темнотой, собакой и т.д. При умственной отсталости двигательная сфера развивается раньше, чем интеллектуальная, а при РДА интеллектуальные возможности ребенка часто опережают созревание моторной сферы . Иногда даже по одним только внешним признакам можно отличить умственно отсталого ребенка от детей с РДА. Дети с умственной отсталостью, как правило, имеют органические дисплазии туловища и головы, а дети с РДА – тонкие черты лица и общий астенический облик. РДА следует дифференцировать с психическими нарушениями на почве органических поражений головного мозга. В последнем случае наблюдается психомоторная возбудимость, неустойчивость внимания, настроения, иногда агрессивность. Эти явления могут присутствовать и у детей с РДА. Но у детей с поражением центральной – нервной системы нет самого аутизма. Им, наоборот, присуща назойливость, навязчивость. Явления возбудимости нередко сменяются гиподинамией. У таких детей слабая память, психическая истощаемость. В речи у детей с органическим поражением центральной нервной системы нет неологизмов, манерности интонации, явлений эхолалии . Если ребенок с РДА не произносит слова, не выполняет словесных инструкций, как будто не понимает речь, то возникает вопрос отграничения РДА от речевых патологий – алалии или дизартрии. Главным признаком истинных речевых нарушений является то, что дети привлекают к себе внимание с помощью жестов, мимики, напряженно смотрят в лицо собеседника, издают различные возгласы. У детей с РДА такого не наблюдается. У них, в отличие от детей с речевыми нарушениями, присутствуют явления эхолалии и своеобразная интонация. Иногда необходимо дифференцировать РДА и глухоту. В первые годы жизни ребенок с РДА может производить впечатление глухого, так как он не отзывается, когда его зовут, и не оборачивается на источник звука. В этих случаях необходимо провести аудиометрию и полагаться на ее результаты. Существуют признаки, которые свойственны детям с РДА: в значимой ситуации такие дети могут услышать даже самый тихий шепот, плакать и возбуждаться при громких пугающих звуках. Глухие дети ищут глазами губы собеседника, чтобы понять его речь, а детям с РДА это несвойственно. На ранних этапах развития нужно отличать детей с РДА от детей с детским церебральным параличом (ДЦП). В клинической картине РДА присутствуют двигательные расстройства, а при ДЦП имеют место различные аутистические проявления. Двигательные расстройства в обоих этих случаях проявляются в нарушениях тонуса, недоразвитии синхронности движений рук и ног при ходьбе, нарушениях мимических движений, которые близки к речи. При ДЦП для речи ребенка характерны дизартрические нарушения, так как нарушен сам артикуляционный аппарат, а при РДА дети могут имитировать невнятность речи в результате отсутствия у них коммуникации. При аффективно значимых ситуациях дети с РДА говорят четко и внятно. Детям с ДЦП свойственны нарушения звукопроизношения, сочетание их с нарушениями глотания и дыхания. Дети с РДА склонны к неологизмам, различиям в речи. У детей с РДА и ДЦП имеются нарушения в пространственной ориентировке. Дети с РДА страдают недостаточной произвольностью внимания, страхом перед окружающим. У детей с ДЦП имеются нарушения пространственногогнозиса и двигательные расстройства: детям трудно повернуть голову, у них ограничено поле зрения. У детей с ДЦП из-за ограниченных двигательных функций при игре обычно страдает ее техническая сторона. Им присущи монотонность и инертность, отсутствие выдумки и самостоятельности, т.к. у таких детей наблюдается органическая задержка психического развития. У детей с РДА уровень игры полностью зависит от ее значимости.

Детям обеих групп свойственны неврозоподобные и невротические состояния. Обычно дети с ДЦП боятся своей физической неполноценности, а детей с РДА страшит все новое, любая перемена обстановки. Детям с этими заболеваниями присущ комплекс неполноценности. Но для детей с ДЦП он выражается в физической слабости, а для детей с РДА – обычно в психической. Проявления непосредственно аутизма наблюдаются при ДЦП как вторичный признак и как компенсация ухода от объективных трудностей в свой мир. Характерное раннее формирование речи у детей с РДА несвойственно детям с ДЦП. Формирование моторной сферы запаздывает и у тех и у других. Особенно трудно дифференцировать эти два заболевания, если ДЦП имеет легкую форму.

**VI. Использованная и рекомендуемая литература.**

1. Астапов, В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро- ипатопсихологии [Электронный ресурс] / В.М. Астапов. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 176 с. – Режим доступа: URL:http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=233327

2. Иванов, Е.С. Детский аутизм: диагностика и коррекция / Е.С. Иванов, Л.Н. Демьянчук, Р.В. Демьянчук. – СПб.: «Дидактика плюс», 2014. – 80 с.

3. Карасева, Е.Г. Инклюзивное обучение и воспитание детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] / Е.Г. Карасева. – М.: Русское слово, 2018. – 65 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=486293>

4. Лайшева, О.А. Ранний детский аутизм: пути реабилитации [Электронный ресурс] / О.А. Лайшева, В.Е. Житловский, А.В. Корочкин, М.В. Лобачева. – М.: Спорт, 2017. – 109 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=471234>

5. Максимова, Е.В. Уровни общения: причины возникновения раннего детского аутизма и его коррекция на основе теории Н.А. Бернштейна [Электронный ресурс] / Е.В. Максимова. – М.а: Диалог-МИФИ, 2015. – 288 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=447655>

6. Морозова, С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С.С. Морозова. – М.: Владос, 2014. – 176 с.

7. Рудик, О.С. Коррекционная работа с аутичным ребенком / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2015. – 189 с.

8. Рудик, О.С. Как помочь аутичному ребенку [Электронный ресурс] / О.С. Рудик. – М.: Владос, 2014. – 208 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=429796>

9. Староверова, М.С. Психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы: практические материалы для психологов и родителей / М.С. Староверова, О.И. Кузнецова. – М.: Владос, 2013. – 144 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=234877>

10. Фалевич, Е.Ю. Педагогическая работа с детьми с особенностями психофизического развития [Электронный ресурс] / Е.Ю. Фалевич, Т.С. Капелевич. – Минск: РИПО, 2015. – 64 с. – Режим доступа: URL: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=485921>

11. Хаустов, А.В. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройствами аутистического спектра / А.В. Хаустов, П.Л. Богорад, О.В. Загуменная и др. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016. – 125