

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

Кафедра специальной педагогики и специальной психологии

**Составление программы коррекционной работы по преодолению
нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с
расстройствами аутистического спектра**

Выпускная квалификационная работа
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Профиль «Специальная психология»

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой
к.п.н., профессор О.В. Алмазова

дата подпись

Руководитель ОПОП:
к.п.н., доцент О.Г. Нугаева

подпись

Исполнитель:
Крутовская Алина Сергеевна,
обучающийся БС-41 группы
очного отделения

подпись

Научный руководитель:
Алмазова Светлана Леонидовна,
к.п.н.
кафедры специальной
педагогике и специальной
психологии

подпись

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	8
1.1. Исторический аспект проблем изучения расстройств аутического спектра.....	8
1.2. Общая характеристика детей с расстройством аутического спектра.....	13
1.3. Основные нарушения поведения у детей младшего школьного возраста с расстройством аутического спектра.....	21
ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	28
2.1. Обзор методов и методик по диагностике нарушений поведения у детей с расстройствами аутического спектра.....	28
2.2. Характеристика контингента испытуемых.....	33
2.3. Анализ результатов диагностического изучения нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра.....	39
ГЛАВА 3. СОСТАВЛЕНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	48
3.1. Подходы к коррекционной работе по преодолению нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра.....	48
3.2. Составление индивидуальных коррекционных программ, направленных на преодоление нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра.....	56

3.3. Анализ диагностики нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутистического спектра по результатам проведенных	коррекционных	69
программ.....		
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....		74
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....		76
ПРИЛОЖЕНИЕ		

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В настоящее время как отечественными, так и зарубежными исследователями, отмечается возрастание числа детей с расстройствами аутистического спектра. В связи с этим изучение коррекционной помощи таким детям, является актуальным и социально значимым.

Расстройства аутистического спектра, в рамках данного исследования, представляют собой нарушения развития, которые характеризуются трудностями в социальных коммуникациях, ограниченным спектром интересов и занятий, стереотипиями в поведении. К их числу относят ранний детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, синдром Аспергера и несколько других расстройств, относящиеся к рубрике F8 по МКБ-10.

В настоящее время отмечается рост числа детей с расстройствами аутистического спектра. Так по статистике, проводимой отечественными исследователями, в нашей стране в 1990 году на 1600 детей приходился один ребенок с аутизмом, а в 2015-16 годах — уже 1 ребенок с аутизмом на 69 детей. В статистиках, проводимых другими странами цифры также растут с огромной скоростью. В России никогда не велась официальная статистика по детям с расстройствами аутистического спектра, однако, в последние годы, по признанию специалистов в этой области, присутствует тенденция к ухудшению. По словам главного детского невролога Министерства Здравоохранения России профессора А.С. Петрухина, аутизм- является одной из самых распространенных детских болезней. Известный российский психиатр Л. Госькова еще в 2012 году опубликовала статью под названием «Аутизм входит в четвертку самых распространенных детских болезней в РФ». В данной статье говорится, что профессор А.С. Петрухин считает, что психиатрия в России испытывает кризис, обусловленный отсутствием

хороших специалистов, что на данный момент в России очень мало детских психиатров мирового уровня.

Эффективность помощи лицам с расстройствами аутистического спектра в нашей стране остается на низком уровне, в связи с ограниченной географией распространения специализированных лабораторий и отсутствием целенаправленной подготовки специалистов именно для работы с людьми с аутизмом на факультетах психологии, педагоги и специального образования в ВУЗах.

На данный момент отечественные специалисты в данной области, делают упор на раннюю диагностику расстройств аутистического спектра, что несомненно является важной областью. Но при наличии множества отечественных методик и методик, заимствованных за рубежом, для диагностики, коррекционная работа с такими детьми остается на низком уровне. Как показывает статистика при отсутствии коррекционной работы в 70% случаев раннего детского аутизма наступает глубокая инвалидность. Люди с расстройством аутистического спектра, нуждаются, как правило, пожизненно в специально организованном сопровождении, включающем постоянную коррекционную, медицинскую, социальную, психолого-педагогическую и юридическую составляющие.

По данным Института коррекционной педагогики Российской Академии образования (1999) именно правильная и своевременная организация коррекционной работы помогает таким детям на достаточном уровне социализироваться и адаптироваться к окружающему миру. При наличии такой работы с детьми 60% детей с аутизмом получают возможность обучаться по программе массовой школы, 30% - по программам специализированных коррекционных школ и 10% адаптируются в условиях семьи. Из вышеизложенного становится ясно, насколько важным является проведение правильной и своевременной коррекционно-развивающей работы с аутичными детьми, и насколько актуальна данная проблема.

Цель исследования: составление индивидуальной коррекционной программы по преодолению нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра.

Задачи исследования:

- 1) осуществить теоретический анализ литературы по проблемам преодоления нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра;
- 2) описать методы и методики для выявления нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра;
- 3) провести экспериментальное изучение нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра.
- 4) описать направления и методы коррекционной работы по преодолению нарушений поведения, у лиц с расстройствами аутического спектра;
- 5) составить индивидуальные коррекционные программы по преодолению нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра.
- 6) проанализировать динамику нарушений поведения у детей с расстройствами аутического спектра по результатам проведенной коррекционной работы.

Объект исследования- нарушения поведения детей раннего школьного возраста с расстройствами аутического спектра.

Предмет исследования- изучение и коррекция нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра.

Гипотеза исследования. Для наиболее успешного преодоления нарушений поведения детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра, необходимо составление индивидуальных коррекционных программ, включающих средства арт-терапии и игротерапии.

Методы и методики исследования.

Методы: теоретический анализ источников научной литературы; эксперимент; свободное и систематизированное наблюдение; опросники;

проективный метод. Методики: систематизированное наблюдение с использованием рейтинговой шкалы «CARS»; индивидуально составленный авторский опросник для родителей; опросник на выявление агрессии автора А. А. Романов: «Ребенок глазами взрослого»; проективная методика М. А. Панфиловой «Кактус».

Контингент испытуемых: в исследовании приняли участие двое испытуемых младшего школьного возраста с расстройствами аутистического спектра находящиеся на домашнем обучении.

Структура работы. Данная работа состоит из: введения, трех глав, заключения, списка литературы (53 источника), приложения. Общий объем работы – 81 страница печатного текста. Работа иллюстрирована семью таблицами и двумя рисунками.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

1.1. Исторический аспект проблем изучения расстройств аутического спектра

Аутизм (от греч. autos—сам) представляет собой отрыв от реальности, отгороженность от окружающего мира. Впервые термин «аутизм» был использован немецким психиатром ЭйгеномБлейлером в 1911 г. для обозначения симптома у взрослых больных, страдающих шизофренией, который проявляется в виде ухода человека от внешней реальности в мир собственных фантазий. В последние годы общеупотребительным стал термин «расстройства аутистического спектра» (РАС), к которым помимо детского аутизма (синдром Каннера) (F84.0), относят атипичный аутизм (F84.1), Синдром Ретта (F84.2) и синдром Аспергера (F84.5). Расстройства аутического спектра-это особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоциональных отношений ребенка с окружающим миром.

Само понятие «аутизма» ввел еще в 1943 году американский ученый Лео Каннер, который наблюдал и изучал в собственной клинике 11 сходных между собой случаев. Его последователи –ученый Г.Аспергер и наш соотечественник С.Мнухин углубились в изучение данного синдрома. Именно благодаря им, на данный момент мы имеем столь обширные знания об этой болезни.Врачом-психиатром В.М.Башина было выделено 4 основных этапа исторического освоения этой проблемы [8, с.161]: донозологический

период, доканнеровский период, каннеровский период, послеканнеровский период.

1) Донозологический период (конец XIX - начало XX века).

В данный период были найдены несколько упоминаний о детях с выраженным стремлением к одиночеству, не желанием взаимодействовать с окружающим его миром. В различных источниках того времени можно найти отдельные описания аутистического поведения детей, имеющих врожденные церебральные нарушения, либо умственную отсталость. Большую ценность имеют работы доктора того времени Э.М. Итара (1828 г.) который описал историю дикого мальчика Виктора, который был пойман в лесах в возрасте 11-12 лет и до этого момента абсолютно не имел опыта общения с людьми. Благодаря долгой работе с этим ребенком удалось развить у него здоровое социальное поведение.

2) Доканнеровский период (1920-1940-е годы).

В течении этих лет были предприняты первые попытки систематизации подходов к различным проявлениям аутизма. Аутистические состояния были описаны в медицинской литературе по шизофрении, психозам и нарушениям на основе органических поражений нервной системы или ее недоразвития. Так же подобные состояния были описаны в трудах таких исследователей как: М.О. Гуревич, 1932; Г.Е. Сухарева, 1925; Т.П. Симсон, 1929; Н.И. Озерецкий, 1938 и других. Многие ученые того времени исследовали этиологию, составляли классификации аутистических состояний у детей, но основой исследований являлась ранняя детская шизофрения. В этот период осуществлялись исследования когнитивных процессов у детей страдающих шизофренией, как клинического, так и клинико-психологического и психологического планов.

3) Каннеровский период (с 1943 по 1979 год).

Этот период назван так в связи с выходом в свет основополагающих работ американского детского психиатра Лео Каннера (1943г.), а также работ Ганса Аспергера (1944). Л. Каннер первым описал синдром детского аутизма в 1943

году. Он наблюдал за 11 детьми, у которых в первые три года жизни были замечены аутистические черты в поведении. Такие черты как: избегание зрительного контакта, замкнутость, отгороженность от окружающего мира, отсутствие заинтересованности в социальной сфере, частичное или полное отсутствие речи, стереотипность движений, наличие нерушимых ритуалов.

Все эти проявления наблюдались у детей в раннем возрасте, из-за чего Л. Каннер сделал вывод, что причины аутизма кроются в врожденной неспособности к установлению близких тесных взаимоотношений с другими людьми. Независимо от трудов и исследований Лео Каннера, австралийский педиатр Ганс Аспергер описал схожие состояния и назвал их «аутистической психопатией». Г. Аспергер отмечал необычно раннее речевое развитие у детей, опережающее даже первые навыки хождения. У таких детей наблюдалось при этом своеобразное использование языка, интонаций. Так же, как и у детей, описанных Каннером, у детей, наблюдавшихся Аспергером отмечались неспособность создавать и поддерживать зрительный контакт, бедность способов невербального общения. Автор подчеркивал существенную роль генетических факторов в возникновении данного расстройства. Синдром Аспергера, названный в честь описавшего его исследователя, является более легким и благополучным: у детей и подростков имеются нарушения коммуникативной речи, но они выражены не так сильно, как у детей с синдромом Каннера. У них не наблюдается серьезных интеллектуальных нарушений. Вследствие этого в психиатрии синдром Аспергера рассматривают как своеобразное личностное расстройство.

В России первое описание аутизма в детском возрасте было представлено С. С. Мнухиным [34], который выдвинул концепцию органического, то есть обусловленного органическим поражением центральной нервной системы, происхождения аутизма. Как отмечает В. Е. Каган [18, с. 58] к 1960-м годам сложился своеобразный «аутистический бум»: аутизму посвящались монографии, специальные выпуски

периодической литературы, а также многие проблемы рассматривались «через призму детского аутизма».

В конце 1960-х начале 1970-х годов стали появляться работы отечественных авторов. Среди этих работ выделяются исследования детских психиатров Ленинградской школы под руководством С.С. Мнухина. В статье под названием «О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей» [34], С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая и Д.Н. Исаев на основе пятилетних наблюдений за 44 детьми в возрасте от 2 до 14 лет показали отличительные признаки детей с синдромом Каннера:

- ослабление либо полное отсутствие каких-либо контактов с окружающей средой;
- отсутствие ясных интересов и адекватных эмоциональных реакций, целенаправленной деятельности;
- неспособность к самостоятельному психическому напряжению;
- своеобразное развитие речи, которое проявляется в отсутствии ее прямого социального назначения, информативной роли и в наличии эхололий и персевераций;
- своеобразие движений, когда «отдельные движения часто легки и ловки, но формул движения, двигательных навыков очень мало, из-за чего дети эти обычно беспомощны, долго не научаются одеваться, нуждаются в обслуживании».

Не смотря на мнение и труды Л.Каннера, отечественные авторы выделили одним из самых существенных симптомов- изначально очень явное, необычно разительное ослабление инстинктивных или безусловно-рефлекторных реакций: ориентировочных, пищевых, самозащиты. Отсутствие таких реакций делает поведение детей аморфным, хаотичным, а их самих практически беззащитными и беспомощными. В своих работах и работах соотечественников С.С. Мнухин ставил под сомнение использование только метода психотерапии в коррекции аутистических тенденций у детей, а подчеркивал необходимость комплексного подхода к данной проблеме и не

исключал медицинского вмешательства. Важное значение в этот период имели первые проводимые в нашей стране клинико-психолого-педагогические исследования детского аутизма. Впервые в нашей стране была создана экспериментальная группа при лаборатории института дефектологии СССР под руководством профессора К. С. Лебединской, которая в течение четырех лет занималась клинико-психологическим изучением детей с этим синдромом и разработкой методов психолого-педагогической коррекции. Результаты многолетней работы были отражены в сборнике научных трудов [30]. Впервые на основе комплексного клинико-психологического исследования авторами были разработаны дифференцированные методы психолого-педагогической коррекции детей с аутизмом с учетом этиологии и степени тяжести, а также прогностические оценки.

4) Послеканнеровский период (1980—1990-е годы).

Ранний детский аутизм теперь рассматривается как неспецифический синдром имеющий различное происхождение. Характерная черта-функциональные ограничения в трех основных областях. В 1972 году английский врач-психиатр- ЛорнаУинг (LornaWing. 1928) основываясь на трудах Л.Каннера и других ученых, изучающих детский аутизм, сформулировала «Триаду нарушений при аутизме», названную позже в ее честь «Триадой Wing»:

- качественные нарушения социального взаимодействия;
- качественные нарушения вербальной и невербальной коммуникации, а также воображения;
- существенно ограниченный спектр деятельности и интересов.

Современный взгляд на проблемы расстройств аутистического спектра. На данный момент, по-разному трактуется психопатологическая структура РАС. Существует множество споров, сторон, мнений о диагностике аутистических состояний. Решение в пользу одной из сторон зависит от позиции, которую занимает диагност по отношению к данным расстройствам.

Первой позицией\стороной взглядов на проблему является отражение мнения и работ Л.Каннера. Ранний детский аутизм предстает в ней особой и самостоятельной формой аутизма, характеризующейся особенной клинической картиной. Дети, имеющие эту форму аутизма, исходя из этой позиции, требуют особых форм психотерапевтической работы.

Другая позиция взглядов сформулирована С.С. Мнухиным, а также Д.И. Исаевым, В.Е.Каган, которые формулируют положение о том, что синдром детского аутизма является сборным и может проявляться в форме раннего инфантильного аутизма, аутической психопатии и др. Мнение основывается на том, что детский аутизм — это сборная группа различных признаков дизонтогенеза психики у детей. Аналогичного мнения придерживается и В.В.Ковалев, который в своей работе о взаимоотношении между РДА и аутистической психопатией утверждает, что это абсолютно идентичные состояния, возникающие после энцефалита у детей. Клиническое своеобразие РАС автор объясняет наследственным предрасположением и особой реакцией на болезнь ребенка.

Таким образом, на данном этапе знания мнения различных исследователей проблемы РАС остаются противоречивыми, неопределенными, что затрудняет диагностический процесс. Не смотря на деление расстройства аутистического спектра на составляющие, основным и самым распространенным остается синдром Каннера (синдром раннего детского аутизма).

1.2 Общая характеристика детей с расстройством аутистического спектра

Существуют разные точки зрения на клинико-психологическую структуру расстройств аутистического спектра. В следствии отсутствия одной

точки зрения\взгляда на данную проблему, существует множество классификаций и общих характеристик детей с РАС. Существует идея классификации таких детей по характеру социальной дезадаптации. Английский исследователь доктор Л. Винг (L. Wing) разделила аутичных детей по их возможностям вступления в социальный контакт на «одиноких» (не вовлекающихся в общение), «пассивных» и «активных-но-нелепых». В 1989 году в Научно-исследовательском центре психического здоровья [7] была разработана своя клиническая классификация расстройств аутистического спектра:

1. Синдром раннего инфантильного аутизма Каннера (классический вариант РДА).
2. Аутистическая психопатия Аспергера.
3. Эндогенный, постприступный (вследствие приступов шизофрении) аутизм.
4. Резидуально-органический вариант аутизма.
5. Аутизм при хромосомных аберрациях.
6. Аутизм при синдроме Ретта.
7. Аутизм неясного генеза.

Исследователь О.С. Никольская оценивая классификации предшественников, в своих трудах сделала вывод, [37] что предложенная Винг классификация удачно связывает характер социальной дезадаптации ребенка с прогнозом его дальнейшего социального развития, однако за основу при этом берутся все же производные проявления нарушения. Она утверждала, что существует возможность более точной психологической дифференциации таких детей в соответствии с глубиной их аутизма и степенью искажения психического развития. После чего в свет выходит классификация авторства таких исследователей как: О.С. Никольской, Е.Р. Баенской и М.М. Либлинг: «Психологическая классификация детского аутизма» [36] составленная с учетом разных степеней тяжести аутистических проявлений и ведущего патопсихологического синдрома. Авторами были выделены четыре группы:

- Дети с отрешенностью
- Дети с отвержением окружающей среды
- Дети с замещением окружающей среды
- Дети со сверхтормозимостью их окружающей средой

На основе этой классификации были составлены основные общие для каждой группы детей характеристики:

1. Дети с отрешенностью.

Детей данной группы характеризует наиболее глубокая аффективная патология. У них присутствует «полевое поведение» (перемещения в определенной местности). Они не владеют формами контакта и не испытывают потребности в нем. Полное или частичное отсутствие основных навыков самообслуживания. Нуждаются в постоянном уходе. Наблюдается нарушение смен процессов торможения и возбуждения. Неустойчивый сон. Полная отрешенность от происходящего вокруг. Зачастую не говорящие дети. Отсутствуют стереотипные движения, ритуалы, страхи. Иногда хождение «на цыпочках».

2. Дети с отвержением окружающей среды.

Дети второй группы отличаются более целенаправленным поведением. У них выработаны простейшие речевые штампы и стереотипные реакции. Навыки самообслуживания и элементарного обучения способны освоить. Активные, деятельные дети. В движениях много хаотичности, резкости, стереотипное поведение, ритуалы. Речь замедленна, наличие эхололий. Частые проявления агрессии.

3. Дети с замещением окружающей среды.

Дети данной группы обладают большей степенью произвольности в поведении. Имеют более высокий уровень овладения речью, бурное фантазирование, демонстративное поведение, ускоренный темп речи. Правильной и ранней коррекции могут быть подготовлены к обучению в вспомогательной школе.

4. Дети со сверхтормозимостью их окружающей средой.

Дети четвертой группы характеризуются меньшей патологией в различных сферах. Проблемы имеются с невротоподобными расстройствами (тормозимость, робость, пугливость). Повышенная ранимость при социальном взаимодействии. Развернутая, менее штампованная речь, сформированы навыки самообслуживания. При наличии коррекционной работы, могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Данная классификация широко используется в практиках различных психологов, таких как И.Б. Карвасарская (2003г.) [19] и других. Преимуществом именно этой классификации является учет ведущего психопатологического синдрома, который отражает глубину патологии аффективной сферы, что дает возможность построить прогноз на дальнейшую работу с таким ребенком. Несмотря на подробность классификации, она далеко не универсальна. В ней отсутствуют клинические показатели, а это снижает эффективность правильного прогноза и построения дальнейшей работы с ребенком. Но тем не менее, опыт многолетней работы именно с этой классификацией показывает, что она подходит для психолого-педагогической работы с детьми с РАС. Все классификации, описанные выше основываются на этиологических факторах и клинических проявлениях, и, по сути, не сильно отличаются друг от друга.

Классификации и симптомы.

В мире существуют две широко используемые классификационные системы заболеваний и нарушений:

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) - Руководство по диагностике и статистике психических расстройств). Принятая в США много осевая система. Разрабатывается и публикуется Американской Психиатрической Ассоциацией (АПА) (American Psychiatric Association, APA), четвертое издание. С 18 мая 2013 года ее сменила система DSM-5 (пятое издание DSM), следующее поколение классификатора.

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (англ.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) — документ, используемый как ведущая статистическая и классификационная основа в здравоохранении. Периодически (раз в десять лет) пересматривается под руководством Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10).

Поскольку и МКБ, и ДСС перерабатывались в начале 1990-х годов, была предпринята попытка привести обе эти классификации в большее соответствие друг с другом и сблизить диагностические критерии. С этой целью было создано несколько международных комитетов, которые совместно и завершили работу над этими изданиями. В России органы и учреждения здравоохранения осуществили переход статистического учета на МКБ-10 в 1999 году. Предшествующая ей классификация МКБ-9 - была опубликована в 1978 году, в ней аутизм классифицировался в разделе "Психозы, характерные для детского возраста", в который также входила шизофрения. По современному классификатору психических расстройств DSM-V, к аутистическому спектру относят: аутизм (синдром Каннера); синдром Аспергера; детское дезинтегративное расстройство; синдром Ретта; неспецифическое первазивное нарушение развития (или атипичный аутизм).

По Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) выделяется целая группа расстройств, характеризующихся качественными отклонениями в социальных взаимодействиях и показателях коммуникабельности, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся комплексом интересов и действий. Эти качественные отклонения являются общей характерной чертой деятельности индивида во всех ситуациях. При необходимости идентифицировать связанные с данными нарушениями заболевания или умственную отсталость используют дополнительный код.

- F84.0 Детский аутизм.

- F84.1 Атипичный аутизм.
- F84.2 Синдром Ретта.
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста.
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.
- F84.5 Синдром Аспергера.
- F84.8 Другие общие расстройства развития.
- F84.9 Общее расстройство развития неуточненное.

F84.0 Детский аутизм

Тип общего нарушения развития, который определяется наличием: аномалий и задержек в развитии, проявляющихся у ребенка в возрасте до трех лет и наличием психопатологических изменений во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно. Эти специфические диагностические черты обычно дополняют другие неспецифические проблемы, такие, как фобии, расстройства сна и приема пищи, вспышки раздражения и направленная на себя агрессивность. Исключена: аутическая психопатия.

F84.1 Атипичный аутизм

Тип общего нарушения развития, основными отличиями которого являются возраст проявлений и возможное отсутствие триады патологических нарушений, необходимой для постановки диагноза детского аутизма. Атипичный аутизм диагностируют у детей только в том случае, если проблемы в развитии проявились у него в возрасте старше трех лет и выражены не достаточно сильно. Данный подвид аутизма чаще всего диагностируется у лиц имеющих тяжелое рецептивное расстройство речи либо глубокой задержкой развития.

F84.2 Синдром Ретта

Данный синдром, обнаруживается только у девочек, при нем явно нормальное раннее развитие резко осложняется полной или частичной

утратой речи, навыков пользования руками и замедлением роста костей черепа головы.

Первые нарушения возникают в возрастном интервале от 7 до 24 месяцев жизни. Для данного синдрома характерными являются: потеря произвольного движения рук, стереотипные круговые движения рук и усиленное дыхание. Останавливается развитие игровых и социальных навыков, но сохраняется интерес к общению. К дошкольному возрасту начинается развитие атаксии апраксии туловища. Почти во всех случаях отмечается тяжелая умственная отсталость.

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Тип общего нарушения развития, характеризующееся наличием периода нормального развития, до проявления признаков расстройства, сопровождаемого выраженной потерей приобретенных к тому времени навыков. Утрата навыков происходит в течение нескольких месяцев. Зачастую это сопровождается выраженной утратой интереса к окружающему миру, стереотипным, монотонным двигательным поведением и характерными для аутизма нарушениями в сфере социальных взаимодействий и функций общения. Были отмечены случаи, когда была доказана связь данного расстройства с энцефалопатией. Исключен синдром Ретта (F84.2)

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

Плохо дифференцируемое расстройство. Эта категория характеризует группу детей с выраженной умственной отсталостью (IQ ниже 50), проявляющих гиперактивность, нарушение внимания, а также стереотипное поведение. В подростковом возрасте гиперактивность зачастую сменяется сниженной активностью (что нетипично для гиперактивных детей с нормальным интеллектом). Данный синдром часто ставится детям с различными отставаниями в развитии общего или специфического характера.

F84.5 Синдром Аспергера

Расстройство, характеризующееся такими же симптомами и нарушениями поведения, как и у синдрома РДА, в сочетании с ограниченностью, стереотипностью, монотонностью интересов и занятий. Главным отличием от синдрома Каннера является отсутствие обычной для него остановки или задержки развития речи и познания. Это расстройство часто сопровождается выраженной неуклюжестью. Имеется тенденция к сохранению вышеуказанных нарушений в подростковом и зрелом возрасте. Имеют место психотические эпизоды.

Международные классификации болезней МКБ-10 и ДСМ -4 (5) предполагают наличие следующих симптомов у детей с РАС:

- 1) нарушение в использовании различных невербальных типов взаимодействия, таких как: взгляд глаза-в-глаза, мимика, позы, жесты, затрудняющих социальное взаимодействие;
- 2) неспособность и нежелание развивать социальные взаимоотношения со сверстниками, соответствующими уровню развития ребенка;
- 3) неспособность испытывать эмоциональные переживания за радость\горе других людей;
- 4) отсутствие эмоциональной и социальной взаимности;
- 5) полное или частичное отсутствие разговорной речи. Отсутствие попыток заменить речь альтернативными невербальными средствами;
- 6) у детей с сохранной речью отсутствует способность поддержания разговора с другими людьми, а также нежелание быть инициатором разговора;
- 7) стереотипность использования языка, эхолалии;
- 8) отсутствие разнообразности игр, присутствия социальной имитации в играх;
- 9) стереотипные формы поведения, интересов, деятельности. Наличие ритуалов;
- 10) приверженность к одному установленному порядку действий;

- 11) повторяющиеся механические движения (размахивание руками, вращение пальцами, определенный комплекс движений телом);
- 12) постоянное действие игрового характера с отдельными частями предметов;
- 13) отсутствие сюжетно-ролевых процессов в игре.

1.3. Основные нарушения поведения у детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра

Все люди с аутизмом испытывают сложности в трех областях, которые называют «триадой нарушений при аутизме». Как пишет исследователь этой проблемы Франческа Аппе в своей книге [4, с.126]: «Диагностика аутизма с применением основных диагностических схем, используемых в современной практике опирается на оценку трех ключевых нарушений, проблем, охватываемых триадой Лоры Винг»:

1. Качественные нарушения вербальной и невербальной коммуникации (проблемы с речью и коммуникациями). Это проявляется следующим образом: отсутствие таких форм коммуникации, как лепет, жестикуляция, мимика, речевое общение; значительные нарушения невербальных аспектов коммуникации, таких как зрительный контакт, мимическая экспрессия, поза, жесты, служащие для установления социального взаимодействия и изменения его стиля (например, избегает прикосновений, напрягается, застывает, когда его обнимают или берут на руки); отсутствие воображения, например изображения в игре взрослых, сказочных персонажей или животных; слабость интереса к рассказам о вымышленных событиях; выраженные речевые нарушения, затрагивающие громкость речи, высоту, употребление ударений, частоту, ритм и интонацию.

2. Качественные нарушения социального взаимодействия, проблемы с общением, проявляющиеся следующим образом: не возможность воспринимать образ собеседника целостным, поэтому часто присутствует взгляд «сквозь» человека; отсутствие или искаженный поиск утешения в момент страдания (ребенок не приходит за утешением, даже если он болен, ударился или устал); отсутствие или нарушение подражания (например, не машет рукой в ответ на прощальный жест взрослого; не подражает действиям матери, работающей по дому); отсутствие или нарушение игры с партнерами (например, ребенок избегает участия в простых играх; предпочитает играть в одиночестве).

3. Существенно ограниченный спектр деятельности и интересов, нарушения аффективной сферы, что проявляется следующим образом: стереотипные движения: например ребенок трясет или крутит руками, кружится, совершает ритуальные действия; стойкий интерес к отдельным сторонам предметов (например, обнюхивание или облизывание предметов, постоянное ощупывание различных поверхностей, вращение колес игрушечной машинки); выраженное волнение при любых переменах в окружающем мире, выход из привычной зоны (комнаты, квартиры); значительно ограниченный круг интересов и занятий с преобладанием одного узкого интереса: например ребенок интересуется только обведением различных рисунков, сборанием метеорологических сводок .

Так же у детей с расстройствами аутистического спектра часто присутствуют нарушения развития когнитивной сферы и трудности поведения в связи с этим.

Нарушения развития когнитивной сферы. Эта сфера психологии человека, связанная с его познавательными процессами и сознанием, включающая в себя знания человека о мире и о самом себе. Особенности развития когнитивной сферы детей с аутизмом достаточно долго были на втором плане, после аффективных проблем. Современные ученые и специалисты в области изучения проблем детей с РАС утверждают о

специфических трудностях при переработке и организации информации. Это, несомненно, ведет к своеобразному формированию картины мира. Одной из причин нарушения общения и социального развития в целом, является особенность речевого развития. Это связано с проблемами символизации и выстраивания целостной картины мира (фрагментарная картина мира).

Сенсорные трудности восприятия мира.

Аутичным детям, страдающим персизивным расстройством психики (расстройство проявляющиеся в нарушении развития практически всех сторон психики: когнитивной и аффективной сферы: внимания, памяти, речи, мышления; сенсорики и моторики и т. д.) свойственна повышенная гиперстезия (повышенная чувствительность) к различным сенсорным раздражителям, таким как: громкий звук, яркий свет, перепады\крайности температур. Такая яркая окружающая среда является для неустойчивой детской психики- травмирующим фактором, источником отрицательного фона ощущений и эмоциональным дискомфортом. Так же, как и окружающая среда, человек, для такого ребенка воспринимается как сверхсильный раздражитель, даже если данный человек является близким родственником. Это объясняет негативную реакцию на социальное взаимодействие детей с Р.Д.А., но в тоже время отвержение социальных контактов лишает ребенка психологической поддержки. Поэтому родители ребенка, и в первую очередь мать, выступают часто в качестве эмоциональных доноров.

Частые проявления агрессии у детей с Р.Д.А

Агрессию можно назвать одной из наиболее существенных, важных и трудоемких проблем, с которой сталкиваются члены семьи и педагоги аутичных детей. Отмечается ряд поведенческих проблем у детей с ранним детским аутизмом. Негативизм-отказ ребенка делать что-либо со взрослым, уход от ситуации обучения, произвольной организации. Яркие примеры негативизма: усиление аутостимуляции (настойчивое стереотипное вызывание сенсорных ощущений с помощью окружающих предметов и своего тела), физическое сопротивление, крик, агрессия,

самоагрессия. Страхи, связанные с особой сенсорной ранимостью. Испытывая страх, они зачастую не умеют объяснить, что их пугает. Это связано с особой сенсорной чувствительностью. Их могут пугать объекты, резкие звуки, тактильные ощущения.

Проявления агрессии. Агрессия — явление неоднозначное, она может быть проявлением влечений, формой защиты, примитивным способом взаимодействия с окружающим, а также интуитивным методом разрядки напряжения. Зачастую у детей с РАС агрессия проявляется в потребности причинить близким физическую боль. Так ребенок стимулирует взрослых на дополнительную эмоциональную реакцию, которая доставляет ему удовольствие. Любое поведение имеет причину возникновения и важно определить функцию агрессии у ребенка с РАС. Существует две цели, которые преследует ребенок с агрессивным проявлением [41]: 1) добиться чего-то; 2) избежать чего-то. Часто малыши с аутизмом избегают перемен, выполнения какого-то задания, социальных требований и т.д. Так же, зачастую, агрессивное поведение у детей с расстройствами аутистического спектра может иметь сенсорную функцию: они могут бить окружающих и себя, для получения определенных сенсорных ощущений. Самым сложным является выяснение функций агрессивного поведения у детей с РАС. Для этого используются методы систематизированного наблюдения за ребенком, специально направленные опросники для родителей, различные проективные методики.

Проанализировав собранные данные в ходе диагностической работы, возможным будет определение функции агрессивного поведения и составления дальнейшей правильной коррекционной работы. Во время реализации коррекционной программы следует продолжать наблюдение и оценку функций и целей ребенка во время агрессивных проявлений.

Агрессия, у детей с расстройствами аутистического спектра, может проявляться как средство обороны, сопротивление ребенка попыткам взрослых нарушить его аутистическую отгороженность, привычный порядок

жизни, за ней стоит страх перед окружающим миром. Здесь нужны осторожность и терпение, постепенное приучение ребенка к новым впечатлениям, объяснение ему смысла, происходящего вокруг, объяснение ребенку, что испытывать отрицательные эмоции нормально и свойственно всем, что их нужно проявлять более сдержанно.

Если попытаться проанализировать эти острые кризисные моменты развития ребенка с точки зрения уровневой структуры аффективной организации, то можно увидеть, что они заключаются во временном рассогласовании работы уровней. При этом проявления активного протеста, попытки самоутверждения, выливающиеся часто в агрессивные реакции, скорее связаны с временным ослаблением влияния четвертого уровня, отвечающего за социальную приемлемость, правильность форм поведения.

Эпизодические проявления агрессии в норме чаще всего провоцируются попаданием индивида в ситуацию фрустрации. В этих случаях агрессия рассматривается как реактивное состояние, имеющее определенную защитную функцию. В длительно травмирующих ситуациях эти реакции могут терять свой первоначально адаптивный смысл и препятствовать конструктивному выходу из них [46]. Проявления агрессии в тяжелых, глубоких случаях аутизма (Iи II групп, по О.С. Никольской) проявляются в попытках уйти от аффективных впечатлений, требований взрослых и уйти обратно в состояние «фрустрации», уйти в зону своего «поля».

Тяжесть агрессивных проявлений у детей с расстройствами аутистического спектра, можно определить по ряду параметров [42]: 1) Частота и легкость их возникновения. Чем сложнее патология ребенка, тем больше возможностей возникновения агрессии при фрустрирующих ситуациях (агрессия не направлена на определенный объект, предмет). 2) Степень неадекватности агрессии той ситуации, в которой она возникает. Невозможно выявить провоцирующие агрессию причины. 3) Фиксируемость на агрессии. Проявления агрессии у ребенка сохраняются на рефлексорном,

бессознательном уровне, что вызывает многократное воспроизведение агрессивных реакций на схожие ситуации. 4) Степень напряженности в агрессивных действиях. В некоторых случаях ребенка можно отвлечь от агрессии, переключить его внимание на другую деятельность или ввести агрессивное действие в ее контекст, подчинить ее контролю. В других более глубоки и тяжелых проявлениях агрессии ребенок настолько поглощен переживаниями, что в этот момент недоступен к контакту. В таких случаях, следует дать ребенку время, на возвращение к привычному состоянию и подавлению внутренней агрессии. 5) Форма агрессии. В более легких случаях агрессия выражается в вербальной форме, в более тяжелых - это проявления физического плана, представляющие реальную опасность как для самого ребенка, так и для окружающих. 6) Степень осознаваемости агрессивных действий. Здесь оценка может быть неоднозначной. Осознание ребенком своих агрессивных проявлений свидетельствует о больших возможностях его личностного развития, но трудности возникают при попытках выявления степени осознанности ребенка с аутическими расстройствами личности.

Следует помнить о том, что агрессивные реакции не нужно оценивать исключительно как отрицательные. Агрессивные реакции могут закономерно возрастать на фоне повышения активности ребенка в процессе его аффективного развития. Обычно это неизбежный этап психокоррекционной работы, во время которого, с помощью взрослого, ребенок может приобрести более адекватные формы контакта с окружающим его миром. Иногда проявления агрессивного поведения можно рассматривать как показатель усложнения и динамического развития аффективной сферы ребенка, обучения его правилам взаимодействия с ближайшим окружением. Поэтому при попытках коррекции агрессивного поведения, необходимо прежде всего тщательно проанализировать, какую функцию они несут в каждой конкретной ситуации. Это выявляется на этапе диагностики, в тяжелых случаях глубокого аутизма, диагностировать функцию агрессии, можно только с помощью метода наблюдения.

Самоагрессия – это одна из самых разрушительных проблем поведения детей с Р.Д.А. К самым распространенным проявлениям такого поведения относятся: битье головой, кусание рук, чрезмерное расчесывание и царапанье собственного тела. Причины такого поведения могут быть как: биохимические, генетические и сенсорные, так и социальные (недостаток общения, требование внимания, получение желаемого). Важно понимать, что причины самоагрессии могут быть разными и выполнять одновременно несколько функций.

Развитие навыков самообслуживания.

Как пишет О.С Никольская [36] - для аутичных детей формирование навыков самообслуживания и бытового поведения является особой проблемой. Сложность обучения социально-бытовым навыкам для окружающих связана, в первую очередь, с нарушениями контакта, а также с трудностью произвольного сосредоточения и страхами. При обследовании детей с ранним детским аутизмом И. В. Ковалец и Т. Л. Лещинская [23] пришли к выводу, что почти у каждого из них обнаруживается полная беспомощность в самообслуживании и очень низкое владение культурно-гигиеническими навыками (или полное их отсутствие). Трудности вызывают такие действия как: уход за собой (умение умываться, причесываться, мыть руки, чистить зубы); умение самостоятельно есть, пить, пользоваться столовыми приборами, умение пользоваться туалетом; умение надевать и снимать предметы одежды, обувь, расстегивать и застегивать пуговицы, молнии; умение заботиться о своих вещах: складывать аккуратно, вешать в шкаф, чистить одежду.

ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Диагностирование у ребенка проявлений РАС основано на наличии основных трех качественных нарушений (триады расстройств):

1. Нарушение речи.
2. Нарушение общения.
3. Аффективная сфера.

Эти нарушения признаны общими, главными чертами индивидуального развития, которые проявляются во всех без исключения случаях аутизма, хотя могут иметь разные степени выраженности. Именно яркость и степень выраженности одного из нарушений, влечет за собой определенные трудности в поведении ребенка. Для диагностирования степени выраженности каждого расстройства из триады, подбираются определенные методики.

2.1. Обзор методов и методик по диагностике нарушений поведения у детей с расстройствами аутического спектра

Основной метод диагностики РАС, а также выявления определенных трудностей поведения у ребенка уже имеющего диагноз- динамическое наблюдение за поведением, оно осуществляется либо непосредственно, либо опосредованно с помощью опроса близких людей. В дополнение к

основному методу проводятся психологическое, физическое, неврологическое и другие обследования. Применяются различные опросники и тесты для родителей. Первичным методом является сбор анамнеза ребенка. Получение информации медицинского характера о истории его болезни.

1.Сбор анамнеза. При сборе анамнеза нередко удается выяснить, что уже на первом году ребенок слабо реагировал на людей, не принимал позу готовности при взятии на руки, а взятый – был необычно пассивен (“как мешочек с песком”), боялся бытовых шумов (пылесоса, кофемолки и т.д.), не привыкая к ним со временем, обнаруживал необычайную избирательность в еде, отказываясь от пищи определенного вида или цвета, не реагировал на прикосновения. В ходе сбора анамнеза получается информация по следующим областям: наличие аутистической симптоматики в поведении ребенка в различных жизненных ситуациях; история развития и медицинский анамнез, функциональный уровень ребенка; проблемы со здоровьем в семье; семейная ситуация, социальные данные.

У некоторых детей при сборе анамнеза можно выявить какие-либо психические отклонения в поведении родителей, но чаще всего это связано с тем, что родители психологически истощены попытками бороться с заболеванием своего ребенка.

2.Метод наблюдения. Наблюдение поведения ребенка - самый важный источник информации. Для детей с ранним детским аутизмом, зачастую, только наблюдение является действительно эффективным методом диагностирования. Поведение ребенка с аутизмом не всегда одинаково. Оно меняется в зависимости от психического и физического состояния ребенка, на момент наблюдения, в зависимости от ситуации, места и времени. Наблюдение необходимо проводить как в привычной для ребенка среде (его комнате\квартире), так и в специально организованной (кабинет педагога-психолога, улица). Необходимо создавать различные учебные и игровые ситуации. Для организации правильного и информативно-достоверного наблюдения за ребенком, требуется соблюдение ряда требований:

- 1) присутствие родителей или взрослых, которым ребенок доверяет;
- 2) ограниченный спектр раздражителей (если для создания определенной ситуации требуется наличие раздражителя- ограничить или исключить раздражители другой направленности);
- 3) использование знакомого материала (игрушки, предметы, изображение ранее знакомые ребенку);
- 4) ясный порядок и структура действий;
- 5) применение материалов с высоким побуждающим характером (сложные игрушки, изображения из множества частиц, предметы, требующие приложения усилий для их использования);
- 6) предупреждение опасностей;
- 7) ясная и однозначная коммуникация, при необходимости с использованием дополнительных коммуникативных средств (предметы, фотографии или рисунки, пиктограммы, жесты);
- 8) применение материальных усилителей в зависимости от потребностей и предпочтений (любимые еда, питье, предмет).

Наблюдение за детьми с ранним детским аутизмом начинается уже с первых встреч. С момента появления ребенка в кабинете педагога-психолога. Именно наблюдение позволяет определить специфические черты и нарушения определенного ребенка. Именно метод наблюдения позволяет психологу определить группу аутистического дизонтогинеза, к которой можно отнести ребенка. Наблюдение за характером его движений, позой, мимикой лица, ритм речи.

При оценке поведения ребенка обращается внимание на его адекватность и заинтересованность или отстраненность от окружающего. Важно отметить, как ребенок реагирует на новую и непривычную для него обстановку: индифферентен, спокоен или прячется за мать, кричит, дерется, не хочет входить в кабинет, его тянут силком. Существует 2 вида наблюдения:

1. Свободное наблюдение - применяется на начальной стадии исследования для определения проблемной ситуации.

2. Систематическое наблюдение - осуществляется по заранее разработанному плану изучения объекта. Наиболее часто используемыми методиками систематического наблюдения являются:

ADOS-G (ADOS-G: Autism Diagnostic Observation Schedule) - это диагностирующее наблюдение для оценки коммуникации. Этот вид наблюдения предназначен для детей, у которых подозревается наличие аутизма или других аутистических признаков.

Вайнленд-(Vineland Adaptive Behavior Scale -VABS)- шкала адаптивного поведения, инструмент для оценки уровня адаптации детей с нарушениями развития. Рассматривает такие шкалы как: социализация, коммуникация, моторные навыки и навыки самообслуживания.

Одна из самых распространенных и широко используемых в мире - шкала C.A.R.S. (см. Приложение 1) (Childhood Autism Rating Scale, CARS) базируется на стандартных наблюдениях за поведением ребенка, требует минимального обучения в работе с этой шкалой. Данная шкала дает четкое представление о конкретных трудностях поведения ребенка и о степени выраженности каждого из триады нарушений. Применяется для детей в возрасте от 2 лет. Бланк содержит 14 критериев, в каждый из которых входит по 4 высказывания. Задача педагога-психолога соотнести действия ребенка, за которым идет наблюдение, с представленными высказываниями и оценить соответствие по 4 бальной шкале. Результатом заполненного бланка наблюдения будет выявление шкал, по которым у ребенка самые высокие показатели, а значит, самые ярко выраженные нарушения.

3. Опросники для родителей

Наиболее распространенный метод диагностики – это анкетирование. Оно позволяет, выявить общий план семьи, возраст родителей, образовательный уровень, характер взаимоотношений ребенка с родителями. Однако анкета не дает возможности в полном объеме узнать индивидуальные

особенности ребенка, организацию его жизни в семье. Но дает более полное понимание включенности родителей в трудности и проблемы своего ребенка, понимание осведомленности взрослых в данной отрасли. Существует множество различных опросников для родителей, созданных специально для выявления тех или иных проблем и трудностей в поведении детей с ранним детским аутизмом.

Индивидуальный опросник возможно составить педагогу-психологу самому, специально для определенных родителей, отталкиваясь от особенностей и специфики нарушений их ребенка. Опросники, рассчитанные на первичную диагностику ребенка должны включать утверждения о триаде нарушений, для того, чтобы максимально грамотно определить группу дизонтогенеза у ребенка с РАС. Помимо вопросов связанных с триадой нарушений, составители опросников, часто выносят в отдельный блок тезисы о навыках самообслуживания, сенсорных и познавательных способностях, что тоже является важной информацией для построения дальнейшей работы с ребенком.

4.Проективные методики выявления агрессивных тенденций.

Помимо метода наблюдения, существует множество других методик по выявлению агрессивного поведения у детей с РДА. Основной трудностью в подборе подходящей методики является затрудненность в общении с детьми при более глубоких формах РДА. Представленные ниже методики, подходят только для детей с более слабыми проявлениями аффективных, социальных и речевых нарушений. III-IV групп РДА (по О.С. Никольская).

Методика 1. «Несуществующее животное» (М.З. Дукаревич)

Методика "Рисунок несуществующего животного" (РНЖ)- одна из наиболее распространенных проективных методик диагностики агрессивности детей. При проведении на детях с аутизмом, методика может быть упрощена в требованиях, поставленных задачах и сводиться до анализа продуктов деятельности (нажим карандаша, резкость линий, выбор цвета, плавность движений).

Методика 2.Графическая методика «Кактус» (М. А. Панфилова)

Методика используется для исследования эмоционально - личностной сферы ребенка, агрессивность, импульсивность. При применении к детям с РАС может быть упрощена дополнительным дидактическим материалом (несколькими изображениями кактусов, показанными перед применением методики). Так же для выявления агрессивных тенденций могут использоваться специально направленные авторские опросники для родителей.

2.2. Характеристика контингента испытуемых

В исследовании приняли участие двое испытуемых: Дима Л., и Ксюша Л., дети с диагнозом ранний детский аутизм глубокой степени, выставленным им на ПМПК комиссиях в возрасте 4 и 5 лет. Возраст детей на момент проведения эксперимента -7 лет11 месяцев и 7 лет 2 месяца соответственно. Оба испытуемых не прикреплены ни к одному государственному образовательному учреждению и находятся на домашнем обучении.

Сбор первичного анамнеза первого испытуемого. Первой испытуемой является –Ксюша Л.Возраст на момент проведения эксперимента -7 лет 2 месяца. В возрасте трех месяцев стали проявляться первые симптомы болезни: девочка перестала реагировать на звуки, игрушки, взрослых. С 1,5 лет проходила курс лечения назначенный неврологом, с 3,5 лет принимала препараты, назначенные психиатром. В возрасте 4 лет начала посещать специализированную группу «Особый ребенок» частного дошкольного образовательного учреждения.Диагноз

«ранний детский аутизм» был поставлен в 5 лет, на комиссии ПМПК в центре раннего развития "Радуга" (Россия, Екатеринбург). До этого во всех медицинских учреждениях Ксюше ставили диагноз «задержка психического развития». Соотнося тяжесть и характерные особенности нарушений можно предположить наличие II группы тяжести РДА (по О.С. Никольской). Прошла несколько курсов занятий с дефектологом, предоставленным дошкольным образовательным учреждением. Предстоит выбор учреждения для дальнейшего обучения. Девочка воспитывается в полной семье, является единственным ребенком. Бытовые навыки и навыки самообслуживания сформированы. Все действия выполняет самостоятельно, без помощи взрослых.

На первой ознакомительной встрече мать Ксюши описала особенности развития девочки следующим образом: «Ксюша с детства очень пугается больших кроватей, никогда не любила быть на руках, а позже полюбила сидеть в одиночестве. В детстве не реагировала на мокрые пеленки. Часто вечером, перед сном, раскладывает на кровати игрушки в ряд, сортируя их по росту. До года не выделяла среди взрослых мать. Разговаривать умеет, но часто говорит на своем языке, часто повторяет. Может составлять предложения и иногда даже мини рассказы, но делает это только если сама захочет, а не по просьбе. Не любит, когда к ней прикасаются, даже если случайно. Активная. Часто проявляет агрессию, каждый день скандалы устраивает, как на иголках вечно. Драться любит, если ее что-то не устраивает начинает распускать руки. »

Свободное наблюдение. Первичное свободное наблюдение проводилось в течении 3 встреч, продолжительность каждой составляла 3-3,5 часа. Первая и третья встречи проводились в знакомой обстановке для Ксюши, в ее квартире. Вторая ознакомительная встреча происходила во время прогулки

Данные о свободном наблюдении представлены в «Таблица 1».

Данные о проведении свободного наблюдения за первым испытуемым

Время встречи	Исследуемая ситуация	Поведение, реакция Ксюши	Реакция родителей
Встреча №1 10: 00 – 11:00	Ксюша вместе с мамой стоят у зеркала. Мама заплетает ей косу.	Ксюша начинает капризничать. На просьбу мамы успокоится-не реагирует. Одергивает руки, ударяет по ним.	Мама убирает руки, после нескольких ударов. Отчитывает и ругает Ксюшу.
Встреча №1 12:00- 13:00	Вместе с мамой рисуют различные геометрические фигуры по образцу.	Первое время Ксюша увлечена и заинтересована. Но как-только у нее не выходят фигуры, она начинает отвлекаться. На замечания мамы реагирует негативно и начинает резко зачеркивать все нарисованное и кидать карандаши в маму.	Мама каждый раз, когда видит, как дочь отвлекается- повышает голос и ругается, требуя внимания. Когда Ксюша начинает черкаться –мама старается ее успокоить, когда та кидается карандашами мама ругается на нее.
Встреча №2 (прогулка) 16:00	Ксюша вместе с папой гуляют с собакой. Иногда папа дает поводок Ксюше	Ксюша начинает злиться, когда время гулять заканчивается, и папа зовет ее пойти домой. Когда папа говорит, что собака просится домой – Ксюша начинает бить ладошкой собаку по спине.	Папа пытается объяснить дочери, что пора заходить домой, что собака нагулялась и хочет в тепло. На агрессивные действия Ксюши- отводит собаку. Держит дочь за руки, ругает.
Встреча №3 13:00- 14:00	Вместе с мамой рисуют различные геометрические фигуры по образцу. После рисования фигур мама предлагает построить из них животных.	Ксюша, внимательно следит за действиями мамы. Когда мама дает возможность ей самой составлять, начинает рисовать круги.	Мама видит, что вместо рисования из кругов по образцу животного, Ксюша рисует просто круги в ряд- старается объяснить дочери, что один круг — это голова, второй тело. Это не дает эффект, и мама пытается дорисовать круги Ксюши до образа животного, проговаривая свои действия

Встреча № 3 13:00 – 14:00	Мама с папой устроили домашний кукольный театр.	Не следила за ходом сюжета, часто отстранялась от хода игры. Заостряла внимание на отдельных элементах.	Каждый раз, когда внимание дочери переключалось на что- то другое- старались снова заинтересовать ее.
---------------------------------	---	---	--

Свободное наблюдение было проведено в целях определить более ярко выраженные нарушения испытуемого и составить план более углубленной диагностики по выявленным нарушениям. Благодаря собранной информации в ходе свободного наблюдения, можно сделать первичные выводы о проблемах и трудностях поведения испытуемой. Одной из основных ярко выраженных нарушений поведения Ксюши, можно выделить неконтролируемую агрессию, по отношению к взрослым, а также плохо развитое воображение, что тесно связано с развитие таких психических процессов, как память и мышление.

Сбор первичного анамнеза второго испытуемого.

Вторым испытуемым является –Дима Л. На момент проведения эксперимента возраст мальчика 7 лет 11 месяцев. Дима воспитывается бабушкой. По ее рассказам в 1,2 года он перестал откликаться на свое имя. В 1,5 года прописали различные медикаменты, но улучшений не было. В возрасте двух лет прошел три курса дельфинотерапии в Краснодарском крае г-к Анапа. Диагноз «Ранний детский аутизм» поставлен в 4 года на ПМПК. Соотнося тяжесть и характерные особенности нарушений можно предположить наличие II группы тяжести РДА (по О.С. Никольской). Находится на домашнем обучении, дошкольные учреждения не посещал. В возрасте 5 лет прошел несколько надомных курсов по развитию с приглашенным дефектологом. Навыки самообслуживания развиты плохо. Простейшие действия зачастую выполняет только с помощью взрослого. Часто во время обучения бытовым навыкам проявляет агрессивное поведение, чаще всего это происходит во время сборов на прогулку.

По описанию бабушки: «Дима на контакт с посторонними почти не идет. Старается спрятаться. После привыкания к обстановке-находит любой

предмет и сосредотачивается на нем. Просьбу выполнить что-либо игнорирует. Проявляет интерес, если бабушка достает сладкое лакомство и предлагает ему в качестве награды за выполненное задание. Способен сосредоточить внимание на задании, чтобы получить награду. Если видит бумагу с карандашами, без указаний, садится рисовать. Рисует линии и пытается рисовать круги. На просьбу повторить за взрослым - чаще не реагирует»

Свободное наблюдение

Первичное наблюдение проводилось в течении 4 встреч, продолжительность каждой составляла приблизительно 3 часа. Все встречи проходили в знакомой Диме обстановке- его квартире. Зачастую Дима, на протяжении всех 3 часов не выходил из своей комнаты. Во время наблюдения рядом с ребенком всегда находилась бабушка. Самым трудным навыком самообслуживания, со слов бабушки, для Димы являются сборы на прогулку, надевание верхней одежды (штаны, кофта, куртка, обувь, шапка). Попытки бабушки научить его одеваться самостоятельно, приводили только к истерикам, капризам и ухудшению эмоционального состояния ребенка. По словам бабушки, сами прогулки Диме нравятся, трудности возникают только во время одевания верхней одежды. Иногда на просьбу бабушки одеться самостоятельно, он уходит в коридор и надевает какую-либо одну вещь (либо только куртку, либо обувь, либо штаны). Собраться полностью у Димы никогда не получалось. Бабушке часто приходится отменять и сводить к минимуму прогулки из-за неспособности собрать внука. На одной из встреч, удалось понаблюдать за поведением мальчика, во время сборов на прогулку. Данные о свободном наблюдении представлены в «Таблице 2».

Таблица 2

Данные о проведении свободного наблюдения со вторым испытуемым.

	Действия взрослого	Реакция ребенка
--	--------------------	-----------------

1.	Бабушка говорит Диме о том, что предстоит выйти на прогулку и что нужно переодеться в уличную одежду. Предлагает внуку совершить это действие самостоятельно.	Дима, занятый игрой с игрушками, издал звук, дав понять, что слова бабушки услышал. Никаких действий не произвел, продолжил игру. На Диме уже надеты белье и колготки.
2.	Бабушка собрав игрушки, повела его в коридор.	Дима послушно взяв бабушку за руку, пошел за ней следом.

Продолжение таблицы 2

3.	В коридоре бабушка сказала внуку, что бы оделся сам. Начала задавать наводящие вопросы: «Что нужно надеть сейчас?» «Что мы одеваем на ноги?»	Дима сел на стул. Одеваться сам не стал. На вопросы бабушки не реагировал. Рассматривал собственные руки.
4.	Не дождавшись ответов, бабушка начала одевать внуку штаны и обувь.	Дима всячески мешал бабушке, не давался, одергивал ее руки, начал капризничать.
5.	Надев на него штаны и обувь, принялась одевать куртку. Подбадривая и успокаивая Диму, тем, что осталась всего две вещи, и они смогут выйти на прогулку.	Дима никак не хотел просовывать руки в рукава. После множества попыток бабушки, Дима заплакал и пытался уйти в свою комнату. Руки бабушки одергивал и сел на пол.
6.	Бабушка, чтобы успокоить мальчика дала ему несколько конфет.	Дима съел конфеты, через некоторое время успокоился и пересел с пола на стул.
7.	Надев на него куртку она принялась одевать шапку, говоря, что это последняя вещь и Диме осталось потерпеть совсем немного. После чего она даст ему еще конфет.	Дима уже не заинтересованный в награде, стал быстро снимать с себя куртку и обувь. На слова бабушки не реагировал. Начал реветь и пошел в свою комнату.

Свободное наблюдение было проведено в целях определить более ярко выраженные нарушения испытуемого и составить план более углубленной диагностики по выявленным нарушениям. Благодаря собранной информации можно сделать первичные выводы о проблемах и трудностях поведения испытуемого. Основной трудностью для Димы является проблемы с обучением навыков самообслуживания. Со стандартными, простыми действиями, такими как: самостоятельный поход в туалет, надевание нижнего белья, прием пищи с помощью столовых приборов, Дима справляется. Другие навыки, требующие выполнения более сложных

действий Диме даются только с помощью взрослого и вызывают зачастую агрессивные реакции.

2.3. Анализ результатов диагностического изучения нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра

В медицинской документации испытуемых выбранных для исследования стоит диагноз РДА. У первой испытуемой девочки – Ксюши, исследуя симптомы и характер нарушений, можно предположить наличие II группы тяжести нарушения: «Дети с отвержением окружающей среды». У второго испытуемого – Димы, I группа тяжести РДА: «Дети с отрешенность» (по О.С. Никольской). Так как у обоих испытуемых отмечена глубокая степень аутизма, ведущим и более информативным методом диагностики будет являться наблюдение за детьми. Помимо метода наблюдения можно использовать опросники для родителей. Такие специализированные опросники должны носить индивидуальный характер, в связи с теми или иными ярко выраженными нарушениями, которые были выявлены на первичном свободном наблюдении. Если степень тяжести синдрома II группа и выше, а общие навыки развития и коммуникации развиты на должном уровне, возможно проведение графических методов диагностики.

Проведение и анализ углубленного диагностического изучения нарушений поведения первого испытуемого. Благодаря проведению первичного свободного наблюдения с Ксюшей Л., были выявлены следующие нарушения поведения: частые вспышки агрессии, проявляющиеся на каждой из встреч и трудности с воображением,

неспособность использовать воображение, использовать сюжетно ролевые подходы в игре с предметами, игрушками.

Наблюдение. Для более глубокой диагностики нарушений поведения и проявлений агрессивности в частности, был выбран метод систематизированного наблюдения с использованием рейтинговой шкалы «CARS» базирующейся на стандартных наблюдениях за поведением ребенка. Данная шкала дает более полное представление о нарушениях поведения по разным критериями степень выраженности определенного нарушения в других сферах. Систематизированное наблюдение по данной шкале проводилось на протяжении 3 дней, в первой половине дня, длительность каждого составляла 2,5 -3 часа. Наблюдение производилось как в комфортной для ребенка обстановке, так и в новой незнакомой ранее обстановке. Данные полученные в результате систематизированного наблюдения с использованием шкалы «CARS» представлены в «Таблица 3» (см. Приложение 1.1)

Таблица 3

Данные о проведении наблюдения за испытуемым №1 по шкале «CARS»

Критерий оценивания	Баллы	Описание выбранной отметки шкалы
I Отношение к людям	2	Ребенок может избегать взгляда взрослому в глаза, избегать взрослого или проявлять беспокойство, если отношения ему навязываются, может проявлять избыточную стеснительность, не отвечать взрослому обычным образом или быть зависимым от взрослого в большей степени, чем дети такого же возраста (бывает «прилипчивым»). Часто на не понравившееся ей действия отвечает агрессией.
II Имитация	1	Ребенок может имитировать звуки, слова, движения, которые соответствуют уровню развития его навыков. Копирует действия взрослых. С удовольствием выполняет задания, требующие повторения движений за взрослыми.
III. Эмоциональный ответ	2	Ребенок неожиданно проявляет эмоциональный ответ несоответствующий по типу. Временами реакции ребенка не имеют отношения к объектам или событиям, которые происходят вокруг него.
IV. Владение телом	2	Могут присутствовать некоторые небольшие странности, такие как неловкость, повторяющиеся

		движения, плохая координация или появление необычных движений.
V Использование предметов	2	Ребенок может проявлять необычный интерес к игрушке или играть с ней необычным или более детским способом (похлопывать, сосать).
		<i>Продолжение таблицы 3</i>
VI. Адаптация к изменениям	3	Ребенок активно сопротивляется изменениям в рутинных, пытается продолжать предыдущую активность, его тяжело от этого отвлечь. Он/она сердится или выглядит несчастным, когда нарушается установленная рутина.
VII Использование зрения (зрительный ответ)	2	Присутствует «блуждающий взгляд», не фокусирует взгляд ни на предметах, ни на людях. Иногда ребенок может посмотреть на предмет, о котором ему упоминают. Ребенок может скорее интересоваться зеркалом и светом, чем ровесниками, может временами «смотреть в пространство», может избегать смотреть в глаза другим людям.
VIII Использование слуха (слуховой ответ)	2	Ребенок не всегда отвечает, либо проявляет легкую степень сверх реакции на некоторые звуки. Ответ на звук может быть с задержкой, для того, чтобы привлечь внимание ребенка, звуки должны повторяться. Некоторые внешние звуки могут расстраивать ребенка.
IX Ответ и использование обоняния, осязания и вкуса.	2	Ребенок может отказываться помещать объекты в рот, может нюхать или пробовать на вкус несъедобные предметы, может игнорировать, либо проявлять избыточную реакцию на несильную боль в ситуациях, когда для обычного ребенка свойственно проявлять лишь дискомфорт.
X. Нервозность и страхи	2	Временами ребенок проявляет слишком сильный страх, либо его отсутствие, по сравнению с реакциями других детей того же возраста в сходной ситуации. Очень раздражительна. Агрессивна по отношению к окружающим.
XI Вербальная коммуникация	2	Может составлять короткие предложения, связывать которые между собой не умеет. Чаще всего ограничивается парой слов, для объяснения потребностей. Проблемы с интонацией, темпом и ритмом. Зачастую преобладает вопросительная интонация и замедленный темп речи.
XII Невербальная	2	Незрелое использование невербальной коммуникации, ребенок может нечетко показывать

коммуникация		или добиваться того, что хочет, в ситуациях, когда ребенок того же возраста могут указать или использовать более специфический жест, чтобы показать, что он/она хочет.
XIII Уровень активности	3	Ребенок может быть очень активным, его трудно сдерживать. Его/ее энергия может быть безграничной, может быть не готов отправлять спать ночью и наоборот, ребенок может быть сонным, для

Продолжение таблицы 3

		того, чтобы заставить его шевелиться, нужно потратить много сил. В периоды активности, на попытки успокоить, отвечает физической агрессией.
XIV Уровень и согласованность интеллектуального ответа	2	Ребенок не так сообразителен, как дети того же возраста, навыки примерно одинаковы во всех областях.

Вывод по данным, полученным в результате систематизированного наблюдения с использованием шкалы «CARS». Более яркие нарушения поведения и сопутствующая им агрессия проявляются следующих показателях: VI. Адаптация к изменениям; X. Нервозность и страхи; XIII Уровень активности. Основной целью всех агрессивных проявлений Ксюши, являются попытки избежать чего-либо. Избегает девочка в основном работы над заданиями, требований родителей, изменений в привычном порядке вещей, переходов от одной деятельности к другой. Проявляя агрессию Ксюша добивается желаемой цели и избегает не приятных ей действий, путем манипуляции.

Опросники для родителей. Так же для более полных сведений о нарушениях поведения, в частности проявлениях агрессии у испытуемой, был проведен метод опроса родителей. Родителям были предоставлены для заполнения два опросника. Первый опросник (см. Приложение 2.1) содержит в себе общие симптомы нарушений поведения, основанные на «Триаде расстройств» (речь, коммуникация, аффективная сфера). Второй опросник базируется на выявлении агрессивных проявления ребенка. Автор А.А.

Романов «Ребенок глазами взрослого» (см. Приложение 2.2). Оба опросника предполагают бальную систему оценивания разных утверждений.

После оценки результатов двух опросником можно сделать следующий вывод: у ребенка есть опасность закрепления агрессивных реакций на раздражители. Переход этих реакций в разряд патохарактерологических. Ребенку требуется помощь в овладении своим поведением и снятии чувства тревожности.

Проективный метод. Так же первой испытуемой Ксюшей Л. была проведена упрощенная версия графической методики на выявление агрессии у детей «Кактус» автора М.А. Панфиловой (см. Приложение 3). Так как данная методика рассчитана на детей со стандартным уровнем развития, специально для особенностей испытуемой методика была упрощена. Если оригинальная инструкция к методике предполагает просьбу педагога нарисовать кактус по памяти, то для испытуемой с II группой РАС это становится проблематичным. Для упрощения методики, перед просьбой педагога нарисовать кактус, были показаны различные изображения кактуса (см. Приложение 3).

При обработке данных по рисунку, можно диагностировать как признаки явной агрессии, так и сопутствующие нарушения. Так, например, о явной агрессии говорит наличие большого количества иголок (подобия иголок) и близкое расположение их друг к другу. Прерывистость линий и наличие внутренней штриховки, говорит о тревожности, а сильный нажим говорит о импульсивности.

Проведение и анализ углубленного диагностического изучения нарушений поведения второго испытуемого. Благодаря проведению первичного свободного наблюдения с Димой Л., были выявлены следующие нарушения поведения: не способность к обучению навыкам самообслуживания, проявление агрессии во время попыток обучения.

Наблюдение. Так же, как и для первого испытуемого, для более глубокой диагностики нарушений поведения, и проблем, связанных с

трудностями освоение навыков самообслуживания был выбран метод систематизированного наблюдения с использованием рейтинговой шкалы «CARS» базирующейся на стандартных наблюдениях за поведением ребенка. Данная шкала дает более полное представление о нарушениях поведения по разным критериями степень выраженности определенного нарушения в других сферах. Эта система оценки методом наблюдения также используют для периодического контроля детей с расстройствами аутического спектра с целью определения эффективности проводимой с ребенком работы. Систематизированное наблюдение за испытуемым по данной шкале проводилось на протяжении 5 дней, в первой половине дня, длительность каждого составляла 3-3,5 часа. Наблюдение производилось в комфортной для ребенка обстановке, дома. Данные полученные в результате систематизированного наблюдения с использованием шкалы «CARS» представлены в «Таблица 4» (см. Приложение 1.1)

Таблица 4

Данные о проведении наблюдения за испытуемым №2 по шкале «CARS»

Критерий оценивания	Баллы	Описание выбранной отметки шкалы
I Отношение к людям	3	Ребенок демонстрирует отстраненность (временами кажется, что он не замечает взрослого). Иногда для того, чтобы привлечь внимание ребенка требуются настойчивые и сильные попытки.
II Имитация	4	Ребенок очень редко имитирует звуки, слова или движения, только с помощью или с поддержкой.
III. Эмоциональный ответ	3	Ребенок проявляет определенные признаки несоответствующего по типу или степени эмоциональности ответа. Реакции могут быть задержанными по времени или чрезмерными и не относящимися к ситуации, ребенок может гримасничать, смеяться или проявлять ригидность не выражая никаких эмоций по отношению к объектам или происходящим событиям.
IV. Владение телом	3	Средняя степень нарушения владения телом. Ребенок демонстрирует странное или необычное для своего возраста поведение, которое может включать странные движения пальцами, необычные положения тела или пальцев, вычурность, шипание тела, раскачивание, хождение на цыпочках.

V Использование предметов	3	Ребенок может проявлять небольшой интерес к игрушкам и другим предметам, либо может быть озабочен использованием игрушки или предмета необычным способом.
VI. Адаптация к изменениям	4	Ребенок проявляет тяжелую реакцию на изменения. Если изменения форсировать, он/она проявляет очень значительное недовольство или отказывается сотрудничать и отвечает истерикой.

Продолжение таблицы 4

VII Использование зрения (зрительный ответ)	3	Чтобы ребенок посмотрел на предмет, ему нужно часто напоминать об этом. Он/она может смотреть в пространство, избегать смотреть в глаза другим, смотреть на предметы под необычным углом или подносить предметы очень близко к глазам.
VIII Использование слуха (слуховой ответ)	3	Ответ ребенка на звуки различен, часто игнорирует звук после первых нескольких повторений, может закрывать уши, когда слышит некоторые повседневные звуки.
IX Ответ и использование обоняния, осязания и вкуса.	3	Ребенок может быть озабочен ощупыванием, обнюхиванием, опробованием на вкус предметов или людей. Реакции ребенка могут быть либо слишком сильными, либо слишком слабыми.
X. Нервозность и страхи	4	Страх не возникает даже после повторяющегося опыта с опасными событиями или объектами. Ребенка очень трудно успокоить и утешить. И наоборот, ребенок может не проявлять беспокойства в опасных ситуациях, которых избегают дети такого же возраста.
XI Вербальная коммуникация	3	Речь может отсутствовать. Если речь присутствует, то это сочетание некоторой неосмысленной коммуникации, странных слов, например, жаргона, эхололий, замены местоимений. Странности в неосмысленной речи могут включать постоянное задавание вопросов или озабоченность определенными темами.
XII Невербальная коммуникация	4	Ребенок использует только странные и необычные жесты, которые не имеют очевидного значения, либо не проявляет понимания жестов и выражения лица других людей.
XIII Уровень активности	2	Ребенок проявляет крайние формы активности или пассивности, либо активность и пассивность сменяют друг друга.

XIV Уровень и согласованность интеллектуального ответа	3	В основном, ребенок не так сообразителен, как дети того же возраста, однако, в одной или нескольких областях интеллекта ребенок функционирует близко к норме.
--	---	---

Вывод по данным, полученным в результате систематизированного наблюдения с использованием шкалы «CARS». Более яркие нарушения поведения проявляются в следующих показателях: II Имитация; VI. Адаптация к изменениям; X. Нервозность и страхи; XII Невербальная коммуникация. Из этого можно сделать вывод, что проблемы в обучении навыкам самообслуживания проявляются из-за нарушений таких сфер как: имитация движений (не может повторить последовательность одевания); Адаптация к изменениям (отвечает истерикой или агрессией, на создание новых условий). Чаще всего нарушения поведения, проявляются при попытках научить испытуемого одеваться самостоятельно. Он испытывает негативный эмоциональный опыт. Но обучение данному навыку необходимо, так как прогулки и посещение общественных мест играет важную роль в социальном развитии ребенка.

Опросники для родителей. Так же для более полных сведений о нарушениях поведения, и осведомленности о этих проблемах взрослого, был проведен метод опроса родителей. Бабушке испытуемого был предоставлены для заполнения опросник (см. Приложение 2.1) содержащий в себе общие симптомы нарушений поведения, основанные на «Триаде расстройств» (речь, коммуникация, аффективная сфера). После оценки результатов опросника можно сделать следующий вывод: у испытуемого имеются серьезные поведенческие нарушения в каждой из групп расстройств.

Общие выводы по диагностической работе с двумя испытуемыми. После проведения более глубокой диагностической работы были выявлены наиболее часто встречающиеся и наиболее ярко выраженные нарушения

поведения у детей. С первой испытуемой удалось провести следующие диагностические методы:

- 1) свободное и систематизированное наблюдение;
- 2) опросники для родителей;
- 3) графическая методика на выявление агрессии.

Анализ полученных данных дает возможность составить индивидуальную программу коррекции, направленную на устранение агрессивного поведения первого испытуемого. Из-за глубоких нарушений, у второго испытуемого, с ним были проведены только два метода диагностики:

- 1) свободное и систематизированное наблюдение;
- 2) опросники для родителей.

Анализ полученных данных дает представление о множественных нарушениях поведения у данного испытуемого, одним из которых являются агрессивные реакции на обучение навыкам самообслуживания. Дальнейшая коррекционная работа требует долгого периода времени, ежедневной практики и систематизированного подхода. В связи с чем возможно составление коррекционной программы на поэтапное освоение навыка самообслуживания (одевания), с дополнительными занятиями на устранение агрессивного поведения. Составленная коррекционная программа, вместе с рекомендациями по ее поэтапному выполнению должна быть передана родителям испытуемого, с целью ее дальнейшего воплощения.

Сходным нарушением поведения, присущим и первому и второму испытуемому, является частое проявление агрессии и тревожности. Что говорит о распространении этого нарушения поведения среди детей различных групп РАС, различного возраста и симптоматики.

ГЛАВА 3. СОСТАВЛЕНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

3.1 Подходы к коррекционной работе по преодолению нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра

Впервые система помощи детям с ранним аутизмом начала формироваться в США и Западной Европе в середине 60-х годов. Однако, самой первой школой для аутичных детей в Европе, была «Sotienskole» открытая в 1920 году в Дании, когда понятие «детский аутизм» еще не было сформулировано ни в психиатрии, ни в специальной педагогике. Детский аутизм, как особое отклонение психического развития, стал изучаться только со второй половины 60-х годов и требовал наличия не только медикаментозного лечения, но и коррекционно-развивающей помощи. Стала очевидной важность раннего коррекционного вмешательства при признаках аутического развития у детей.

Главной идеей коррекционного вмешательства является попытка объединить влияние сенсорного поля и взаимодействие с близкими в единую линию. Коррекционная работа направлена на повышения психического тонуса, устранение дискомфорта, состояний тревоги и страхов, развитие отношений с окружающим миром и близкими. У детей с РАС наблюдается эмоциональная незрелость, перенасыщение эмоциональной сферы, такие дети часто не могут ждать обещанного, им требуется время что бы пережить

полученное впечатление, информацию. Поэтому коррекция предполагает отсутствие возможности выбора. Многие ученые считают важным в коррекционной работе с такими детьми создание принципа видимости времени, так как все люди, страдающие аутизмом имеют потребность в планировании своей жизни. Для коррекционной работы с детьми с РАС необходимы специализированные учреждения, в которых возможно было бы осуществить полную лечебную, педагогическую, психологическую, логопедическую и другую коррекционную работу. Любая коррекционно-реабилитационная работа должна быть проведена комплексно, группой специалистов различных профилей, таких как: детский психиатр, невропатолог, логопед, психолог, педагог-воспитатель, дефектолог и родителями. Такая работа должна осуществляться поэтапно и основываться на степени выраженности у ребенка тех или иных нарушений. Коррекционно-развивающая работа должна начинаться с диагностики проявлений психических нарушений во время общей и игровой деятельности.

Основной задачей является вовлечение детей с РАС в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Через освоение основных штампов игры происходит формирование и развитие у них, памяти, внимания, восприятия.

Основной целью коррекционной работы является возможность научить ребенка с РАС как можно большему числу способов адекватного взаимодействия с окружающим миром. Среди психолого-педагогических методических подходов к коррекции расстройств аутистического спектра можно выделить две группы:

- 1) Группа основных подходов коррекции, позволяющие овладеть различными навыками общения, навыками самообслуживания, учебными, профессиональными, трудовыми и другими необходимыми для реальной жизни навыками. В любой коррекционной программе необходимо наличие хотя бы одного из таких подходов.

2) Группа дополнительных методов, создающих возможность реализации основных подходов. Всегда должны сопровождаться одним или несколькими основными подходами коррекционной работы. К таким подходам можно отнести: иппотерапию, дельфинотерапию, холдинг-терапию, эстетотерапию, игротерапию. Проблемы коррекционной работы заключаются в следующем: неудачное сочетание методов, неадекватный выбор основного метода.

В нашей стране система специализированной помощи детям с РАС находится на низком уровне и их будущее представляется довольно неопределенным. Поэтому любая коррекционная работа с такими детьми должна основываться на концепциях максимальной адаптации ребенка к окружающей среде (поведенческий подход), но имеет место быть и адаптации среды под потребности и возможности ребенка (TEACCH). Это связано с общей социальной и экономической ситуацией в стране, которая не позволяет надеяться на построение адекватной системы специального образования в ближайшее время.

Поведенческая коррекция. TEACCH –терапия
(Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children = Лечение и обучение детей, страдающих аутизмом и нарушениями общения). Азы этой методики были заложены в 70-е годы прошлого века доктором Eric Schopler. Эта программа требует специальной подготовки, но допускает использование отдельных терапевтических элементов. В рамках данной методики были разработаны специальные методы работы с детьми с РАС:

- исследование, охватывающее способности и недостатки ребенка в различных сферах;
- создание стратегии развития ребенка и дальнейшей коррекционной работы;
- составление индивидуальных программ развития, включающих тренировочные занятия.

Целью методики является развитие у детей с РАС таких сфер как: имитация, восприятие, крупная моторика, мелкая моторика, координация работы глаз и рук, элементарная познавательная деятельность, речь,

самообслуживание, социальные отношения. Методика ТЕАССН ориентирована на упорядоченность действий и определенный ритуализм. Так для ребенка изначально создается комфортная среда. Комфортная среда создается за счет: изымания из окружающей среды раздражающих и опасных предметов, создание ритуализма и строгой последовательности действий, создание упорядоченной окружающей среды.

Данная методика несет идею создания для ребенка с РАС особой комфортной среды, изъяв все раздражающие факторы. Предполагается зонирование помещений для удобства ребенка. Оборудование и отделение определенных зон. Определенные действия усваиваются ребенком до автоматизма многократным повторением, при этом используются карточки-подсказки. Например, для обозначения еды - карточка с тарелкой, сна – рисунок кровати. Кроме слов педагог (мама) показывают ребенку карточки.

ТЕАССН-терапия менее травматична, по сравнению с АВА- терапией, но значительно обедняет окружающий мир ребенка. Так, например, если ребенок боится красного цвета, данная методика предлагает полное извлечение из дома всех предметов красного цвета. Также развитие по ТЕАССН зачастую приводит к тому, что ребенок не может адаптироваться к окружающему миру, чувствуя себя комфортно только в специально созданной среде.

АВА-терапия- (Appliedbehavioranalysis, АВА)(1963г.).Разработчиком данной терапии является IvarLovaas и его коллеги из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе.Основной задачей данного метода является выработка у ребенка желания учиться и дать понять ему, что благодаря обучению, проводимому с ним, его жизнь станет легче. Действует метод «кнута и пряника», каждое правильно выполненное действие поощряется, неправильные- пресекаются. Именно эту методику используют при тяжелых случаях раннего детского аутизма. Составляется индивидуальный план коррекционной работы, разбитый на этапы. Педагог-психолог должен

выстроить четкую схему усложнения и поэтапного выполнения действий, что приведет к освоению все новых и новых навыков.

В Америке и Европе обучение по данной системе происходит следующим образом: ежедневно с ребенком занимаются различные специалисты (дефектолог, арт-терапевт, логопед др., а контроль за выполнением программы АВА каждым из специалистов выполняет супервизор-специалист по методике. Именно эта методика подходит для детей с глубокой степенью аутизма, в случаях если ребенок не реагирует на просьбы и запреты, не откликается на имя, не стремится к коммуникации, не имеет речи или речь развита слабо. В отличие от ТЕАССН-терапии, эта методика не подстраивает окружающий мир под ребенка, а заставляет ребенка войти в окружающий мир.

Арт-терапия- является одним из эффективных и действенных методов лечения детей с РАС. Такой вид терапии развивает коммуникативные навыки, снижает уровень агрессии, снижению эмоционального напряжения, созданию атмосферы комфорта, снижается тревожность, ребенок становится более открытым и спокойным, более раскрепощенным для контакта с педагогом-психологом. Включает такие направления как: музыкотерапия, изотерапию. Арт-терапия оказывает воздействие на фундаментальном уровне, помогая развивать как коммуникацию ребенка, так и его воображение. Задачами арт-терапии являются:

- 1) Возможность дать ребенку выход, выплеск агрессии и другим негативным эмоциям.
- 2) Облегчить вспомогательное лечение (психотерапию).
- 3) Получение наглядного материала, продуктов деятельности для психодиагностики ребенка.
- 4) Выявить подавленные эмоции.
- 5) Установить контакт с ребенком.
- 6) Развитие самоконтроля.
- 7) Концентрация внимания.

8) Развитие творческих способностей.

Арт-терапия может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой формах. Зачастую при индивидуальном подходе применяются авторские методики, подходящие к конкретному ребенку, с учетом его особенностей, проблем и пристрастий.

Сказкотерапия. Данный вид терапии относится к разряду арт-терапевтического воздействия, но последнее время сказкотерапию все чаще выделяют как самостоятельный метод коррекции нарушений поведения. В практической психологии можно встретить несколько способов работы со сказками как с проекцией, в зависимости от того, какие конкретные задачи ставит психолог:

- использование сказки как метафоры. Текст и образы сказки вызывают свободные ассоциации, которые касаются личной психической жизни человека, затем эти метафоры и ассоциации обсуждаются;
- рисование по мотивам сказки. Свободные ассоциации проявляются в рисунке, дальнейшая работа идет с графическим материалом;
- активная работа с текстом: «Почему герой так поступил?», где обсуждение поведения и мотивов персонажа служит поводом к обсуждению ценностей и поведения человека. Для детей с РАС может быть введена система оценки и критерии «хорошо» — «плохо»;
- проигрывание эпизодов сказки, для устранения тревожности и агрессии, активное участие ребенка. Участие в этих эпизодах дает возможность ребенку или взрослому прочувствовать некоторые эмоционально-значимые ситуации и «сыграть» эмоции;
- использование сказки как притчи-наравоучения, подсказка с помощью метафоры варианта разрешения ситуации.

Сенсорная интеграция. Дети с РАС не могут в полной мере комбинировать свои чувства и ощущения своего тела, для освоения окружающего мира. Терапия, основывающаяся на сенсорной интеграции совершенствует способность ребенка обрабатывать сенсорную

информацию. Примеры сенсорной интеграции: раскачивание в гамаке (ориентация в пространстве), танец под музыку (слуховая система), игра с коробочками, наполненными фасолью (тактильные ощущения), ползание в туннелях (прикосновение и ориентация в пространстве), прикосновение к раскачивающимся шарикам (зрительно-тактильная координация), вращение на стуле (баланс и зрение), балансирование на перекладине (баланс).

Игротерапия. Игровая деятельность детей с РАС, как правило, как правило, нефункциональна, не социализирована, лишена сюжета и символических черт. Такие игры зачастую состоят из многократно повторяющихся манипуляций с игрушками (которые используются не по назначению). Педагог-психолог должен помочь ребенку совершить предметно-игровые действия, по средствам подражания, сопровождая их различными речевыми комментариями. После освоения этого этапа следует перейти к сюжетно-отобразительной игре (отображают простые сюжетные действия). При дальнейшей работе требуется обогащать знания детей о существовании различных сюжетных линий. Весь этот процесс можно построить в уровневую систему последовательности:

1. Обучение детей наблюдению за предметно-игровыми действиями взрослого и воспроизводству их при поддержке взрослого, подражая его действиям.
2. Обучение детей обыгрыванию игрушки.
3. Воспитывание у детей интереса к выполнению предметно-игровых действий по подражанию и показ действий взрослым.
4. Воспитывание у детей эмоционального отношения к обыгрываемому предмету или игрушке.
5. Воспитывание у детей интереса к подвижным играм.
6. Обучение детей участию в инсценировках эпизодов знакомых сказок.
7. Обучение детей играть рядом, не мешая друг другу.

Анималотерапия (лечение с помощью животных). Терапия направлена на развитие коммуникативных навыков пациента. Доказано, что

тесное взаимодействие с животными снижает частоту вспышек агрессии. Чаще всего пет-терапию проводят с собаками и лошадьми, однако встречаются случаи использования в лечении кошек и дельфинов. Практика лечения раннего детского аутизма с помощью дельфинов не так распространена, но признана не менее эффективной. При общении с дельфином дети развивают концентрацию и коммуникативные способности.

В последнее время нами часто в коррекционной работе с аутичными детьми применяется метод холдинг-терапия. Но так как метод недостаточно известный, пришло время рассказать детально о том, что это, зачем, как проводится, чем помогает аутичному ребенку и его семье.

Холдинг-терапия. Метод холдинг-терапии (от английского «hold» - держать) давно известен и широко применяется за рубежом, используется при коррекции любых эмоциональных нарушений при различных расстройствах, в том числе и расстройствах аутистического спектра. Автором метода является доктор Марта Велш, руководитель Материнского центра в Нью-Йорке (1983). Сейчас холдинг-терапия активно применяется во множестве стран. В России применение холдинга началось с 2000 г., когда была научно доказана эффективность данного метода. Исследователь М.М. Либлинг защитила в 2000 г. диссертацию на тему: "Метод холдинг терапии в системе психологической помощи семьям, воспитывающим детей с аутизмом", после чего и был дан научно обоснованный старт[32] для применения данного метода в России. За это время метод нашел и своих сторонников, и противников. Этот метод, иначе называемый "терапия объятий" заключается в форсированном, почти насильственном образовании физической связи между матерью и ребенком, т. к. именно отсутствие этой связи считается сторонниками этого метода центральным нарушением при аутизме. Причем ребенок удерживается лицом к лицу с родителем, что позволяет наладить эмоциональный контакт. Данный метод часто применяется при устранении агрессивных проявлений у детей с РАС, так как

направлен на уравнивание эмоционального фона и устранение тревожности у таких детей.

3.2. Составление индивидуальных коррекционных программ, направленных на преодоление нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра.

Самым распространенным нарушением поведения у детей с расстройствами аутического спектра, является агрессия. Родителям и специалистам сложно справиться с проявлениями агрессии у таких детей. Возникают трудности при попытках научить ребенка чему-то, ведь если он бьется, толкается и ведет себя не подобающим образом, проведение диагностических и коррекционных работ становится невозможным. У детей с расстройствами аутического спектра, проявляющих агрессивное поведение, результат обучения не зависит от программы, методов и самого педагога- все зависит от ребенка. Именно поэтому в начале работы с ребенком, следует поработать над уменьшением агрессии, а уже потом приступать к решению других поведенческих проблем. Для решения проблемы агрессивного поведения ребенка с расстройствами аутического спектра не существует одного метода или методики, главным в решении этой проблемы выступает комплексное, индивидуально подобранное, наиболее эффективное вмешательство, для помощи ребенку справиться со своими эмоциями.

Тактика коррекционных воздействий должна строиться из сочетания таких приемов как [48]: 1) игнорирование таких проявления, с целью дать ребенку время на возвращение в привычное состояние и возможности самостоятельно справиться с агрессией; 2) включения агрессии в контекст игры, где целью будет обучение ребенка способам овладения данными проявлениями; 3) не принять агрессию и установить запрет на подобные действия.

Коррекция агрессивного поведения у детей с расстройствами аутического спектра методами арт-терапевтического воздействия.

Многие исследователи данной проблемы, разрабатывающие коррекционные программы по преодолению агрессивного поведения, включают в них прежде всего различные тренинги модификации поведения. Коррекционная работа с агрессивным ребенком, должна носить не разовый характер, а систематизированный, должна предполагать несколько встреч с поэтапным усложнением занятий. Так, Т.П. Смирнова [46] выделяет 6 ключевых направлений-блоков, в которых нужно вести работу: 1) снижение уровня личностной тревожности; 2) формирование осознанности собственных эмоций и чувств других людей, развитие эмпатии; 3) развитие позитивной самооценки; 4) обучение ребенка выражению своего гнева приемлемым, безопасным для себя и окружающих способом, а также отреагированию негативной ситуации в целом; 5) обучение ребенка конструктивным поведенческим реакциям в проблемной ситуации, снятие деструктивных элементов в поведении; 6) обучение ребенка техникам и способам управления гневом, своими эмоциональными состояниями, развитие контроля эмоций. Комплексный характер коррекционной работы с данной категорией детей предполагает сочетание приемов, техник, методик из разных направлений психологии и психотерапии.

Составление коррекционной программы по преодолению нарушений поведения у первой испытуемой.

В процессе диагностики у первой испытуемой были выявлены чрезмерные проявления неконтролируемой агрессии. Основной целью всех агрессивных проявлений первой испытуемой, являются попытки избежать чего-либо. Избегает девочка в основном работы над заданиями, требований родителей, изменений в привычном порядке вещей, переходов от одной деятельности к другой. Проявляя агрессию Ксюша добивается желаемой цели и избегает не приятных ей действий, путем манипуляции. Коррекционная программа для первой испытуемой была составлена с учетом

особенностей ее нарушений и проблем. В данном исследовании были составлены две коррекционные программы, направленные на преодоление агрессивного поведения для первой испытуемой.

Обе коррекционные программы в своей основе содержат принцип арт-терапевтического воздействия, с целью устранения агрессивного поведения. Принцип именно арт-терапии был взят за основу по ряду причин:

- 1) он является более эффективным для детей с повышенным уровнем тревожности, активности и имеющих трудности с удержанием внимания (особенности поведения первой испытуемой);
- 2) метод арт-терапевтического воздействия является более «мягким»;
- 3) помимо преодоления нарушений поведения, развивает различные сферы деятельности;
- 3) арт-терапия включает в себя множество видов сопутствующих терапий.

Содержание первой коррекционной программы. Первая коррекционная программа основывается на арт-терапевтическом воздействии на ребенка. Программа состоит из связанных между собой 3-х занятий (см. Приложения 4,5,6). Структура каждого занятия представляет собой:

1. Приветствие. Важную роль играет проведение приветствия в начале каждого занятия. Педагог, здороваясь с ребенком, настраивает его на нужный рабочий лад, создает атмосферу доброжелательности, заинтересованности. А так же вырабатывает навык правильного социального взаимодействия.

2. Игротерапия. Детям с неконтролируемой агрессией необходима игротерапия, чтобы ребенок имел возможность через игру снять накопленное напряжение, агрессию, злость, тревожность.

3. Сенсорная интеграция. Дети с РАС не могут в полной мере комбинировать свои чувства и ощущения своего тела, для освоения окружающего мира. Терапия, основывающаяся на сенсорной интеграции совершенствует способность ребенка обрабатывать сенсорную информацию.

4. Физ-минутка. Каждая «физическая перемена» в занятии должна нести определенный характер, связанный с особенностями проводимых в

занятия упражнений. Должна быть направлена на переключение внимания ребенка, снятия физического напряжения.

5. Изотерапия, холдинг-терапия, музыкотерапия. В занятиях можно использовать различные техники рисования. Это и пальчиковая живопись, использование различных приспособлений для рисования. Полезным будет и объединение с музыкотерапией, а также использование такой методики как холдинг-терапия.

6. Прощание. Завершение каждого занятия дает ребенку понять, что оно окончено и можно отвлечься, а также вырабатывает навык правильного социального взаимодействия.

Программа коррекции нарушений поведения для детей с расстройствами аутистического спектра, направленная на устранение агрессивного поведения с помощью арт-терапевтического воздействия.

Пояснительная записка.

Актуальность программы: нарушение поведения, выраженное в частых проявлениях агрессии, мешает правильной и результативной работе с ребенком, имеющим расстройства аутистического спектра. Данные проявления мешают ребенку сосредоточиться на учебных и бытовых ситуациях, налаживать взаимодействие с окружающим миром и контролировать аффективную сферу. Агрессивные проявления мешают специалисту, работающему с таким ребенком осуществлять диагностическую и коррекционную деятельность, а также являются препятствием для благополучной атмосферы в семье такого ребенка.

Цели: снижение уровня агрессивности; снижение эмоционального напряжения, тревожности; обучение ребенка адекватным проявлениям агрессии; гармонизация внутреннего мира ребенка; положительная динамика поведенческих проявлений; улучшение эмоционального фона ребенка; устранение агрессивной реакции на прикосновения; вызвать яркие эмоции; сконцентрировать внимание на чувствах, эмоциях; наглядно показать ребенку отрицательное воздействие агрессии.

Оборудование: 1) Конструктор лего или кубики, глубокая тарелка с крупой или песком, бусинки, несколько листов А4, краски, карандаши, заготовленные ранее аудиозаписи, устройство для воспроизводства аудиозаписей. 2) Присутствие родителей, игрушечный белый медведь, два стула, небольшие кусочки оторванной ваты, цельный маток ваты, ватное полотно. 3) Две мягкие игрушки, два яблока, самодельная ширма, карточки с изображениями: носа, рта, волос, рук, плеч. Заранее подготовленные бланки с контуром взрослого (2шт.) и контуром ребенка (2шт.), цветные карандаши.

Частота и время занятий. Программа рассчитана на 3 занятия, с повышающейся сложностью. Длительность 1,2,3 занятий 30, 35 и 40 минут во второй половине дня. Занятия следует проводить с интервалом в 3-4 дня. При необходимости интервал можно сократить до 2 дней.

Формы, методы: игротерапии, сенсорной интеграции, изотерапии, музыкотерапии, холдинг-терапии (упрощенный вариант), виды различных взаимодействий с родителями. Коррекционная программа представлена в «Таблице 5»:

Таблица 5

Программа коррекции нарушений поведения для детей с расстройствами аутистического спектра, направленная на устранение агрессивного поведения с помощью арт-терапевтического воздействия.

№	Тема	Цели	Краткое содержание	Условия проведения
1	«Сафари»	Снижение уровня агрессивности; снижение эмоционального напряжения, тревожности; раскрытие творческих ресурсов ребенка; обучение ребенка адекватным проявлениям агрессии;	1) Приветствие; 2) Игротерапия- «Высокое дерево»; 3) Сенсорная интеграция - «Найди в песке»; 4) Физ-минутка - «Жирафик»; 5) Изотерапия - «Нарисуй погоду»; 6) Прощание	Конструктор лего или кубики, глубокая тарелка с крупой или песком, бусинки, несколько листов А4, краски, карандаши, заготовленные ранее аудиозаписи, устройство для воспроизводства аудиозаписей.

2	«Северный полюс»	Вызвать яркие эмоции; дать выход агрессии, негативу; терпимость к прикосновениям; устранение агрессивной реакции на прикосновения.	1) Приветствие; 2) Игротерапия- «Холодный ветер»; 3) Холдинг-терапия (упрощенный вариант) «Вместе теплее»; 4) Физ-минутка «Сосулька»; 5) Сенсорная интеграция «Снежок»; 6) Прощание	Присутствие родителей, игрушечный белый медведь, два стула, небольшие кусочки оторванной ваты, цельный маток ваты, ватное полотно
3	«Люди»	Устранение агрессивной реакции на прикосновения; снятие усталости и напряжения; наглядно показать ребенку отрицательное воздействие агрессии; вызвать яркие эмоции; дать выход агрессии, негативу.	1) Приветствие; 2) Игротерапия- «Поделись яблоком» 3) Сенсорная интеграция –«Угадай часть тела»; 4) Физ-минутка «Зоопарк»; 5) Изотерапия «Нарисуй чувство»; 6) Прощание	Присутствие родителей, две мягкие игрушки, два яблока, самодельная ширма, карточки с изображениями: носа, рта, волос, рук, плеч. Бланки с контуром взрослого (2шт.) и контуром ребенка (2шт.), цветные карандаши.

Содержание второй коррекционной программы для первой испытуемой.

Вторая коррекционная программа по преодолению нарушений поведения, связанных с проявлением агрессивности, для детей с РАС, основывается на принципах сказкотерапии. Известно, что среди многих средств психолого-педагогической работы с детьми имеющими агрессивные тенденции в поведении, в том числе и с детьми, имеющими расстройства аутического спектра, особое место занимают разные формы и приемы сказкотерапии.

Сюжет сказки должен подбираться под индивидуальные особенности ребенка.

Одной из проблем детей с расстройствами аутического спектра является неспособность долго удерживать внимание в ходе коррекционных работ и трудность осознания получаемой информации. Именно поэтому, вторая

коррекционная программа состоит из 2 занятий и предполагает их повторение, с целью лучшего понимания ребенком.

Каждое занятие представляет собой мини-сказку, включающую в свою деятельность и самого ребенка, как с помощью наглядного материала, так и с помощью выполнения упражнений по ходу развития сюжета. Каждое занятие представляет собой мини-спектакль разыгранный для ребенка и предполагающий участие в нем родителей (см. Приложения 7,8).

Программа коррекции нарушений поведения, для детей с расстройствами аутистического спектра, направленная на устранение агрессивного поведения с помощью сказкотерапии.

Пояснительная записка.

Актуальность программы: нарушение поведения, выраженное в частых проявлениях агрессии, мешает правильной и результативной работе с ребенком, имеющим расстройства аутистического спектра. Данные проявления мешают ребенку сосредоточиться на учебных\бытовых ситуациях, налаживать взаимодействие с окружающим миром и контролировать аффективную сферу. Агрессивные проявления мешают специалисту, работающему с таким ребенком осуществлять диагностическую и коррекционную деятельность, а также являются препятствием для благополучной атмосферы в семье такого ребенка.

Цели: отучить ребенка от физической агрессии, заменив ее приятными тактильными ощущениями; дать ребенку понять, что агрессия – это плохо; научить ребенка выражать просьбы в социально- принятой форме; уменьшить агрессивные проявления по отношению к животным; обучение ребенка правильным действиям во время агрессивных вспышек; обучение ребенка сочувствию и пониманию; снижение уровня агрессивности; понимание агрессивных проявлений как отрицательного явления; снижение эмоционального напряжения, тревожности; гармонизация внутреннего мира ребенка; положительная динамика поведенческих проявлений; улучшение эмоционального фона ребенка; вызвать яркие эмоции; дать выход агрессии,

негативу; развить самоконтроль; сконцентрировать внимание на чувствах, эмоциях.

Оборудование:

- 1) Мягкая игрушка свинка, макет дерева, допустимые для пищи ребенка орехи.
- 2) Мягкая игрушка в виде кошки, с гнущимися конечностями. Две большие карточки: красная со словом «Больно» и зеленая со словом «Приятно»

Частота и время занятий. Программа состоит из 2-х занятий, предполагающих чередуемое повторение. Длительность каждого занятия составляет 25-30 минут. Первое занятие должно проходить в начале недели, закрепляющие повторное занятие – в конце недели. Следующая неделя начинается с вспоминания прошлого занятия и осуществления занятия №2. В конце второй недели – повторное закрепляющее занятие №2. Время проведения занятия должно приходиться на вторую половину дня.

Формы, методы: сказкотерапия, взаимодействие с родителями.

Коррекционная программа представлена в «Таблице 6»:

Таблица 6

Программа коррекции нарушений поведения для детей с расстройствами аутического спектра, направленная на устранение агрессивного поведения с помощью сказкотерапии.

№	Тема	Цели	Краткое содержание	Условия проведения
1	«Сказка о могучем дубе и маленькой свинке»	Научить ребенка предъявлять просьбы в социально-принятой форме, просить прощения за плохие поступки, отучить от физической агрессии.	Сказка повествует о свинке, которая не хотела просить у дерева желуди, а ударяла его, что бы они сыпались. В процессе ребенку предлагает погладить дерево, за что он получает орехи и ударить дерево, за что стимульный материал он не получает.	Мягкая игрушка свинка, макет дерева, семьи свиней, допустимые для пищи ребенка орехи. Присутствие родителей
2	Повторение «Сказки о могучем дубе и маленькой свинке»	Потренировать память ребенка, отследить какие навыки были запомнены.	Ребенку предоставляется та же сказка, но с пропусками в местах где описывается правильное поведение для получения желудей. Ребенок должен сам или с помощью наводящих вопросов, вспомнить и показать какие действия нужно сделать для получения орехов (погладить дерево).	

Продолжение таблицы 6

3	«Сказка про кошку Мурку»	Уменьшить агрессивность по отношению к животным, научить сочувствовать; дать понять ребенку, что агрессия — это плохо.	Сказка о девочке мучавшей кошку Мурку. Во время сказки ребенку предлагаются две карточки красная со словом: «Больно», и зеленая со словом «Приятно». Педагог называет разные действия человека с животными, а ребенок должен показать на карточку «Больно» или «Приятно». В конце занятия ребенок должен сам мягко погладить игрушку.	Мягкая игрушка в виде кошки, с гнущимися конечностями. Две большие карточки: красная со словом «Больно» и зеленая со словом «Приятно». Присутствие родителей.
4	Повторение «Сказки про кошку Мурку»	Потренировать память ребенка, отследить какие навыки были запомнены.	Ребенку напоминают основной сюжет сказки и предлагают снова поработать с карточками «Больно» и «Приятно». Но вместо вопросов о обращении с животными, задаются вопросы о поведении со взрослыми.	

Составление коррекционной программы по преодолению нарушений поведения у второгоиспытуемого.

В ходе диагностической работы, было выявлено, что проявления агрессии у второго испытуемого возникают зачастую при попытке обучения его навыкам самообслуживания. Самым ярким проявлением агрессивного поведения была реакция ребенка на попытки обучить или механически одеть его для выхода на прогулку. Данные действия вызвали у него истерику и физические попытки вырваться, убежать в свою комнату. Такое поведение связано с не правильным подходом и реализацией, взрослым, обучения ребенка навыкам самообслуживания. Поэтому основной задачей коррекционной программы, составленной для этого испытуемого, была возможность обучить взрослого правильному взаимодействию с ребенком, что улучшило бы его эмоциональный настрой, поведенческие реакции и снизило проявления агрессии.

Для реализации коррекционной программы на правильное обучение ребенка, что послужило бы устранению проявлений агрессии, было выбрано сочетание методов АВА и ТЕАССН терапий. Из методики АВА терапии были взяты следующие принципы:

- обучение отдельными блоками;
- многократное повторение освоенных этапов;
- выработка стереотипов, ритуалов в поведении;
- поощрение за выполненное задание;
- отмена поощрительного стимула.

Для данной коррекционной программы из метода ТЕАССН терапии были отобраны определенные методы построения и проведения коррекции:

- зонирование;
- использование карточек;
- четкая организация времени.

Программа коррекции нарушений поведения, для детей с расстройствами аутистического спектра, направленная на устранение агрессивного поведения с помощью структуризации процесса освоения навыков самообслуживания.

Пояснительная записка.

Актуальность программы: У второго испытуемого, агрессивное поведение проявляется только при одной ситуации- попытках обучения его самостоятельному одеванию. При разучивании действий ребенку будут даваться задания, подсказки, а затем вознаграждения правильных действий и игнорирование неправильных. Данная коррекционная программа рассчитана на структуризацию работы по обучению испытуемого этим навыкам, что должно значительно уменьшить проявления агрессии, создать более благоприятный и спокойный эмоциональный фон у ребенка. Помимо содержания программы коррекционной работы родителям испытуемого должны быть выданы рекомендации по проведению данной работы (см. Приложение 9).

Цели:

- устранение агрессивных реакций у ребенка;
- улучшить навыки адаптационного и коммуникативного поведения;
- достичь соответствующего поведения;
- составление рекомендаций для взрослого по правильному осуществлению данной программы.

Оборудование:

- 1) специально оборудованная, выделенная зона для переодевания ребенка;
- 2) изображения последовательности выполнения этапов, находящиеся в специальной зоне, для наглядного примера ребенку (Рисунок 1);
- 3) поощрительный стимул (любимое угощение, любимое занятие).



Рис. 1. Последовательность наглядных карточек для самостоятельного одевания на прогулку.

Частота и время занятий. Программа состоит из поэтапного освоения каждого навыка. Время, требующееся на освоение и самостоятельное выполнение каждого из этапов «шагов» определить невозможно. Перед переходом на новый этап, следует убедиться, что предыдущий освоен. Программа предполагает каждодневные занятия по 40-60 минут. Занятия следует проводить в одно и то же, установленное время 17:00-17:30. В каждом занятии должны присутствовать перерывы длительностью по 5-10 минут, с целью переключения внимания ребенка на другие объекты, а после, вновь привлечение внимания к занятию.

Формы, методы: методы проведения АВА и ТЕАССН терапий.

Коррекционная программа представлена в «Таблице 7»

Таблица 7

Программа коррекции нарушений поведения, для детей с расстройствами аутистического спектра, направленная на устранение агрессивного поведения с помощью систематизированного подхода к обучению навыкам самообслуживания.

№ Этапа	Тема	Цели	Краткое содержание	Условия проведения
1	Выйти в Коридор	Выработать доверие ко взрослому, приучить ребенка выходить в коридор на слова: «пошли на прогулку»	1) Объяснить, что нужно одеться на прогулку; 2) Довести ребенка до коридора; 3) Дать поощрение; 4) Отрабатывать навык, пока он не станет выполнять его самостоятельно. 5) Поддерживать позитивное и доброжелательное взаимодействие.	Наличие отдельного места\зоны для обучения. Поощрительный материал (любимое действие, любимое угощение)
2	Карточки	Настроить эмоциональный фон ребенка на позитивный лад, познакомить с поэтапной системой карточек	1) Указать на наглядное пособие; 2) Объяснить каждый этап; 3) Добиться ребенком последовательности действий; 4) Поощрить результат; 5) Поддерживать позитивное и доброжелательное взаимодействие.	Система карточек, вывешенная на уровне взгляда ребенка. Поощрительный материал (любимое действие, любимое угощение)
3	Надеть штаны	Дать ребенку понять, что эти действие не опасны, успокоить ребенка при агрессивных проявлениях, научить ребенка одевать штаны самостоятельно	1) Указать на соответствующую карточку и дать понять, какое действие необходимо выполнить. 2) Прodelьвать вместе с ребенком действие, каждый раз предоставляя ему все больше самостоятельности. 2) Методом постоянного повторения и поощрения, добиться выполнения этапа самостоятельно. 3) Поощрительный материал (любимое действие, любимое угощение).	Система карточек, вывешенная на уровне взгляда ребенка. Поощрительный материал (любимое действие, любимое угощение), штаны.

Продолжение таблицы 7

На этапах 4,5,6,7 по аналогичной схеме научить ребенка самостоятельному надеванию обуви, куртки, шапки, шарфа.				
8	Совмещение этапов	Дать ребенку понять, что взрослый рад за его достижения и гордится им, научить ребенка совмещать несколько этапов.	1) Путем повторения и поощрения выработать рефлекс совмещать, а в последующем и выполнять полностью все этапы последовательно. 2) Поощрительный материал (любимое действие, любимое угощение).	Система карточек, вывешенная на уровне взгляда ребенка. Поощрительный материал (любимое действие, любимое угощение).

Коррекционная программа, рассчитанная на второго испытуемого, не может быть проведена в рамках исследования, так как предполагает длительное взаимодействие с ребенком и системные занятия, повторяющиеся пока ребенок не преодолеет проявления агрессии и не научится выполнять все этапы самостоятельно.

После проведения двух коррекционных программ на преодоление нарушений поведения у первой испытуемой, можно сделать выводы о наиболее эффективных методах, и методиках. Одной из проблем, проявившихся во время коррекционной работы, стала проблема постоянной отвлекаемости ребенка. Заинтересовать ребенка и привлечь его внимание было трудной задачей и требовало отведенного времени.

Самыми эффективными методами, по предварительным выводам и наблюдением за процессом, оказались холдинг-терапия и совмещение изо-терапии с музыкотерапией. После проведения упрощенной версии холдинг-терапии, испытуемая убежала к себе в комнату и не реагировала на внешние раздражители, но через небольшое время, испытуемая вышла из состояния фрустрации и дальнейшие задания выполняла сосредоточенно и спокойно. По описанию родителей дальнейшее психоэмоциональное состояние

испытуемой оставалось положительным, на протяжении трех последующих дней проявления агрессивного поведения заметно сократились. Такой же эффект, как отмечают родители, был и после проведения изо-терапии в сочетании с музыкотерапией.

Помимо проведения коррекционной работы с детьми, была проведена работа с родителями. У родителей детей с РАС проявляющих агрессию, часто бывает повышенный уровень тревожности. Иногда это состояние взрослого невольно передается детям. Таких родителей желательно пригласить к участию в групповой работе со взрослыми по снятию эмоционального напряжения или на индивидуальную консультацию к психологу или психотерапевту. Для родителей первой испытуемой были составлены рекомендации по правильному реагированию и поведению во время агрессивных проявлений их ребенка (см. Приложение 10). Для родителей второго испытуемого были составлены рекомендации по самостоятельному проведению коррекционной работы и общим правилам общения с ребенком, имеющим расстройства аутического спектра проявляющим агрессивное поведение (см. Приложение 9).

3.3 Анализ диагностики нарушений поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра по результатам проведенных коррекционных программ

После проведения коррекционных программ был проведен контрольный эксперимент с первой испытуемой. Контрольный эксперимент представлял собой самостоятельное исследование вне рамок основного эксперимента, базирующийся на аналогичных методах и методиках,

использовавшихся на этапе диагностической работы. Как и коррекционные программы, контрольный эксперимент был проведен только с первой испытуемой. В рамках повторной диагностической работы были проведены следующие методики: систематизированное наблюдение с использованием рейтинговой шкалы «CARS»; опросник на выявление агрессии автора А. А. Романов: «Ребенок глазами взрослого»; проективная методика М. А. Панфиловой «Кактус», а также авторский опросник для родителей, целью которого было выявление наиболее эффективной методики коррекционной работы, по их мнению.

По результатам повторного проведения систематизированного наблюдения по оценочной шкале «CARS», было замечено улучшение следующей категории оценивания: VI Адаптация к изменениям (см. Приложение 11). При проведении этой методики в первый раз значение показателя было оценено в 3 балла и описывалась следующим образом: ребенок активно отрицает изменения в рутине, пытается продолжать предыдущую активность, его тяжело от этого отвлечь. Он/она сердится, выглядит несчастным или проявляет агрессию, когда нарушается установленная рутина. После проведения коррекционной программы оценка данного критерия изменилась и составляла уже 2 балла, что соответствует данному описанию: когда взрослый пытается изменить задачу, ребенок может продолжать предыдущую активность, замечая изменения гораздо позже или продолжать использовать тот же материал. В ходе систематизированного повторного наблюдения было выявлено, что в большинстве случаев при нестандартных измененных ситуациях испытуемая не проявляет агрессивность, а продолжает предыдущую деятельность не замечая изменений, либо принимает изменения более спокойно, чем в самом начале эксперимента.

В ходе контрольного эксперимента была повторно проведена методика опроса родителей автора А. А. Романов: «Ребенок глазами взрослого» (см. Приложение 12). Анализируя результаты первого и второго проведения

данной методики, были выявлены улучшения по следующим видам агрессивных проявлений: 1) чувствительность к помощи взрослого; 2) отношение к собственной агрессии; 3) реакция на ограничения; 4) агрессия, направленная на животных; 5) агрессия, направленная на взрослых.

1. Чувствительность к помощи взрослого. В данной критерии была улучшена оценка тезисного выражения: помощь взрослого не успокаивает ребенка - с 2 баллов на 1 балл.

2. Отношение к собственной агрессии. По результатам контрольного эксперимента тезисы: б) ребенок не воспринимает свои агрессивные действия как таковые; в) у ребенка не возникает чувства вины; были изменены с 3 баллов до 2 баллов.

3. Реакция на ограничение. В данной критерии тезис: при попытке удержать ребенка в состоянии гнева, яростно сопротивляется, был исправлен с 3 баллов на 2 балла.

4. Агрессия, направленная на животных. Оба тезиса данного критерия: а) проявляет агрессию на животных при взаимодействии с ними; б) проявляет агрессию на животное без видимых на то причин в ходе контрольного эксперимента были оценены родителями не в 4 (показатель до коррекционной работы), а в 3 балла каждый.

5. Агрессия, направленная на взрослых. Во время проведения первичной диагностической работы, тезисы: а) бьет родителей по рукам и в) бьет взрослого кулачком были оценены на 4 балла каждый. На повторной проведении этой методики, после коррекционной работы, оценки данных тезисов изменились на 3 балла.

Общий уровень агрессивности по результатам данной методики, был повышен с третьего уровня (68 баллов), до второго уровня (60 баллов). Результаты улучшения показателей по данной методике представлены в диаграмме:

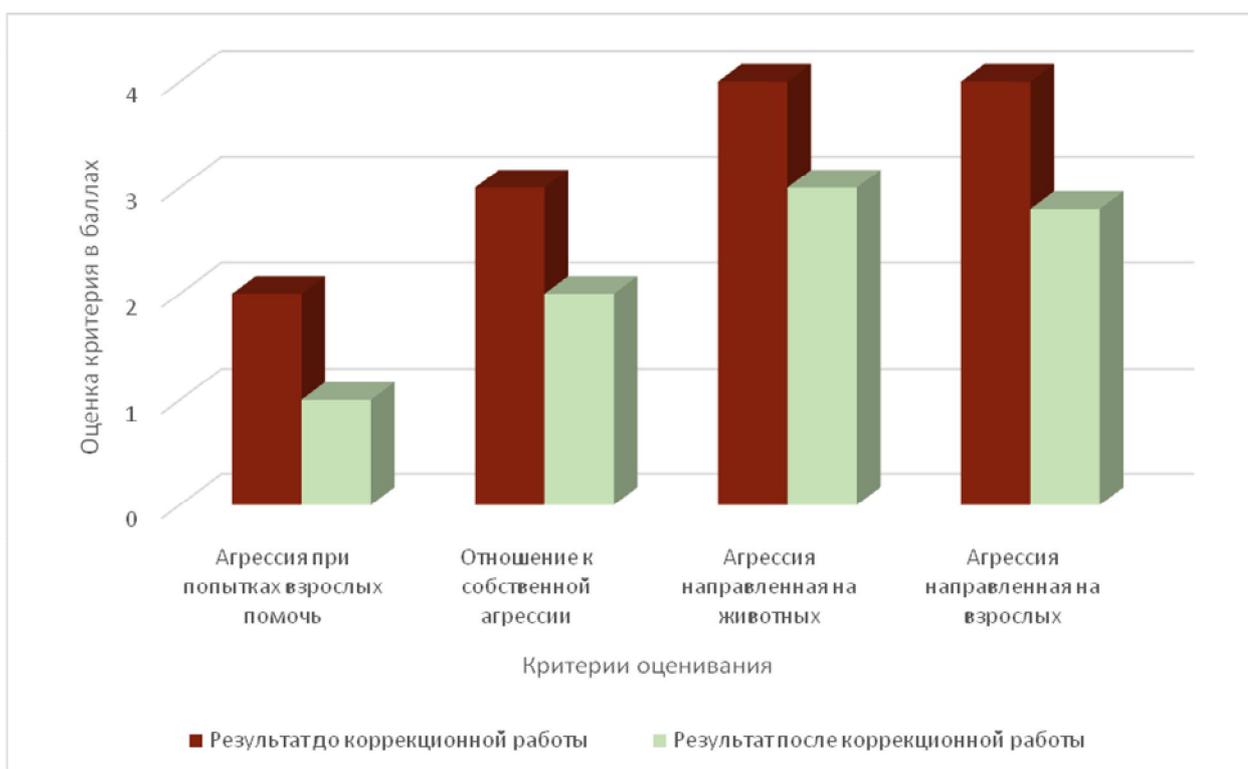


Рис. 2. Анализ результатов методики опросник для родителей «Ребенок глазами взрослого» до и после коррекционной работы

В ходе контрольного эксперимента была так же проведена графическая методика на выявление агрессии у детей «Кактус» автора М.А. Панфиловой (см. Приложение 13). Так же, как и на этапе первичной диагностики, данная методика была упрощена, в связи с глубокой тяжестью расстройств у испытуемой. При обработке результатов, во внимание принимались: присутствие только одного кактуса вместо двух, как на первичном рисунке, наличие на рисунке цветов, в том числе и отдельно расположенного цветка, что не отмечалось при первичной диагностике, это говорит о небольших улучшениях в эмоциональном состоянии ребенка. Но характеристики манеры рисования остались на прежнем уровне: наличие множества иголок (подобия иголок), отрывистые линии, сильный нажим карандашей и преобладание внутренней штриховки.

На контрольном этапе эксперимента был проведен авторский опросник для родителей: «Анализ результативности коррекционных программ» (см. Приложение 14). В данном опроснике родителям предоставляется

возможность оценить результативность отдельных этапов, упражнений коррекционных программ по четырех бальной шкале. Цель данного опросника: выявить наиболее удачные упражнения, этапы в проведенных коррекционных программах, так, как только родители, постоянно наблюдающие за поведением ребенка могут дать полную подробную оценку проведенной коррекционной работе. По результатам опросника, изменения поведения испытуемой во время самих занятий наблюдались больше всего в упражнениях: «Высокое дерево», «Угадай часть тела» и во время проведения «Сказки о могучем дубе и маленькой свинке». Наибольшие изменения в поведении ребенка сразу после проведения занятия были отмечены после изо-терапии «Нарисуй погоду». Самые продолжительные и выявленные спустя время результаты, по оценке родителей, были у двух занятий на основе сказкотерапии и холдинг-терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данном исследовании были изучены различные нарушения поведения у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутического спектра, а также различные методы и методики по диагностике и коррекции данных нарушений. Актуальность изучения и коррекции подобных нарушений, растет с каждым годом, это связано с увеличивающимся количеством детей, у которых диагностируют различные расстройства аутического спектра.

В проведенной работе были использованы и проанализированы 53 источника научной литературы как зарубежных, так и отечественных авторов. Была проведена обзорная характеристика контингента эксперимента, которыми стали два испытуемых, младшего школьного возраста. Была проведена диагностическая работа, составлены индивидуальные коррекционные программы и проведены две из трех составленных программ. Коррекционная программа, составленная для второго испытуемого, не могла быть реализована в рамках данного эксперимента, из-за необходимой длительности и систематизации ее проведения. В следствии чего, родителям испытуемого были предоставлены, как сама коррекционная программа, так и рекомендации по ее проведению.

В данном исследовании были проанализированы и применены следующие подходы, методы и методики:

1. Диагностическая работа: теоретический анализ источников научной литературы; свободное и систематизированное наблюдение; опросники; проективный метод. Методики: систематизированное наблюдение с использованием рейтинговой шкалы «CARS»; индивидуально составленный авторский опросник для родителей; опросник на выявление агрессии автора А. А. Романов: «Ребенок глазами взрослого»; проективная методика М. А. Панфиловой «Кактус».

В процессе диагностической работы было выявлено самое часто проявляющееся нарушение поведения, что у первого, что у второго испытуемого. В следствии чего были проанализированы и проведены следующие приемы коррекции нарушения:

2. Коррекционная работа: подходы АВА, ТЕАССН терапии; холдинг-терапия; терапия, основанная на арт-терапевтическом воздействии; сказкотерпия, изотерапия, музыкотерапия; принципы сенсорной интеграции и игровых процессов.

Проведенные коррекционные программы показали видимые для родителей изменения в поведении ребенка, что может говорить об успешности и результативности проведенных коррекционных программ.

Именно индивидуально составленные и вовремя осуществленные программы коррекции дают возможность детям с расстройствами аутического спектра, не только младшего школьного возраста, максимально социализироваться в общество.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алмазова, О.В. Наблюдение за поведенческими реакциями детей как метод определения клинико-психологической группы аутизма. [Текст]:Журнал Специальное образование/ О.В. Алмазова, С.Л. Мазалова-Екб.2002-№1.
2. Алфимова, М.В. Психогенетика агрессивности[Текст]:журнал «Вопросы психологии»// М. В. Алфимова, В.И. Трубников, В.И.. – М. 2000. - №6. - С.112-121.
3. Антонова, Д. И. Формирование эмоциональной привязанности аутичного ребенка к матери в процессе холдинг – терапии[Текст]:журнал Дефектология/ И. Д. Антонова – М. 2007. - № 2. - С.3-14
4. Аппе, Ф. Введение в психологическую теорию аутизма [Текст]:/Ф. Аппе;пер. с англ. Д. В. Ермолаева-М. Теревинф, 2006.- 256 с.
5. Аршатская, О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме[Текст]: журнал Дефектология / О.С. Аршатская. –М. 2005.-№2. – С. 46-67.
6. Аршатская, О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме[Текст]: журнал Дефектология/О. С. Аршатская.-М. 2005. - № 2. - С. 46-56.
7. Башина, В. М.. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме. [Текст]: мет. рек./ В.М Башина, И.А. Козлова,В.С. Ястребов -М., 1989. -380с.
8. Башина, В.М. Ранний детский аутизм//Исцеление. [Текст]: В.М. Башина-М.: Медицина, 1999. - С. 154-165.
9. Берковиц, Л. Агрессия. Причины, последствия, контроль. [Текст]:/ Л. Берковиц- М., 2001. - 512с.

10. Беттельхейм, Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я. [Текст]:/перев. Орлов Б/Б. Беттельхейм – М., изд. Академический Проект. 2004. 397 с. Самохвалов, В. П. Психический мир будущего. [Текст]:/ В. П. Самохвалов/ – Симферополь: Кит, 1998 -490 с.
11. Веденина, М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой ориентации. [Текст]: журнал Дефектология/ М.Ю. Веденина, -М. 1997- №2.- С. 31-39; №3- С.15-21.
12. Веденина, М.Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. [Текст]: журнал дефектология./М. Ю. Веденина- М .1997 - № 2. – С.31-40; №3- С.15-20.
13. возрасте. [Текст]: журнал «Вопросы психологии»/ С.А. Завражин-М. 1993 -№5-С. 57-64.
14. Галкина, Т.Э. Роль социальной работы с детьми с ранним детским аутизмом [Текст]: «Отечественный журнал социальной работы»/ Т.Э. Галкина, Е.В. Малыгина // -Спб 2002.- №2.-С.96-100.
15. Дольто, Ф. Исцеление аутистов. На стороне ребёнка [Текст]:/ Ф. Дольто..- СПб,.1997- С.433-446.
16. Жуков, Д.Е. Центральные личностные функции у родителей детей с синдромом РДА [Текст]:/Д.Е. Жуков. Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004. - 244 с.
17. Завражин, С.А. Агрессивные фантазии у детей в детском и подростковом
18. Каган, В.Е. Психотерапия аутизма у детей [Текст]: учеб. пособ./ В.Е. Каган, СПб. : Фолиант, 2004. -154 с.
19. Карвасарская, И.Б. Психологическая помощь аутичной семье. Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, спец. Психологии [Текст]:/ И. Б. Карвасарская. –Курск: Курск. 2003. - 271 с.

20. Катаева, А.А. Дидактические игры и упражнения. [Текст]:/ А.А. Катаева, Е.А.Стребенева - М. Просвещение. 1991. -190 с.
21. Кирсс, Д.А. Анализ причин аутизма и методов абилитации детей-аутистов с точки зрения системно-векторной психологии [Текст]: журнал APRIORI;Серия: Гуманитарные науки / Д.А. Кирсс, С.Н. Галышев-Краснодар. 2015-№3-С.84-96.
22. Ковалец, И.В. Основные направления работы с аутичными детьми[Текст]:/журнал Дефектология /И. В.Ковалец –М.1998. - №2-С. 63-73 ; №9-С.40- 45;№1-С. 71-76.
23. Ковалец, И.В. Пособие для педагогов центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации [Текст]/И.В. Ковалец. под ред.: Т. Л. Лещинской. –Минск: Юнипресс, 2008. -165 с.
24. Ковалец, И.В. Сравнительное изучение понимания эмоции детьми с аутизмом[Текст]: журнал Дефектология/И.В. Ковалец-М. 2003-№2.-С. 53-57.
25. Кузьмина, М. Если ребенок завис [Текст]: журнал «Народное образование»/М. Кузьмина.- НиНо 2002.- №1.-С.114-119.
26. Лебединская, К.С. Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. [Текст]:/К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р.Баенская- М. Просвещение. 1989-95 с.
27. Лебединская, К.С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. [Текст]:журнал дефектология/ Сообщение I/ К.С.Лебединская, О.С. Никольская О.С –М. 1987. - № 6. - С. 10-16.
28. Лебединская, К.С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма. [Текст]:журнал дефектология/ Сообщение II/ К.С.Лебединская, О.С. Никольская О.С –М. 1988. - № 2. - С. 10-15.
29. Лебединская, К.С. Диагностика раннего детского аутизма. Начальные проявления.[Текст]:/К.С. лебединская, О.С. Никольская- М. Просвещение. 1991- 96 с.

30. Лебединская, К.С. Ранний детский аутизм. Нарушения эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема [Текст]:/ К.С. Лебединская. - М.: НИИ дефектологии РАО, 1992.
31. Лебединская, К.С. Ранний детский аутизм. [Текст]:/К. С. Лебединская.: под ред. Т.А. Власовой, В.В. Лебединского, . - М., 1981, 321 с.
32. Либлинг, М. М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка [Текст]: журнал дефектология/ М. М. Либлинг – М. 1996. - № 3. - С. 56-66.
33. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст. Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии [Текст]: / Е.М. Мастюкова.- М.: ВЛАДОС, 1997.-С.298-300.
34. Мнухин, С.С. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей [Текст] Журнал невропатологии и психиатрии/ С.С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая,. – М.: 1967-№9 -С .21-30.
35. Неменчинская С.М. Развитие навыков общения у детей с синдромом раннего детского аутизма [Текст]: журнал Вестник/ С.М. Неменчинская. - Кострома.2014-№4-С.48-52.
36. Никольская, О.С., Аутичные ребёнок. Пути помощи. [Текст]: /Е.Р. Баенская, М. М. Либлинг, О. С. –М.:Теревинф, 2014.-288 с.
37. Никольская, О.С. Проблемы обучения аутичных детей [Текст]: журнал дефектология/ О С. Никольская – М. 1995. - № 2. - С. 8-17.
38. Парк, К. Социальное развитие аутиста глазами родителя. [Текст]: Московский пс.-терапевтич. журнал/ К. Парк- М.1994.-№3- С. 69-81.
39. Питерс, Т. Аутизм. Медицинское и педагогическое воздействие [Текст]/ Т.Питерс, К. Гилберт. Пер. с англ. О.В. Деряевой; под науч. ред. Л.М. Шипицыной –М.: Владос, 2005. - 144 с.
40. Реан, А.А. Агрессия и агрессивность личности [Текст]: псих. журнал./ А.А. Реан – Спб.1996. - №5. - С.3-18.

41. Румянцева, Т.Г. Агрессия и контроль. [Текст]: журнал «Вопросы психологии»/Т.Г. Румянцева – М. 1992- №5- С. 6-19.
42. Рычкова, И.А. Поведенческие расстройства у детей. Диагностика, коррекция, психопрофилактика. [Текст]: журнал «Вопросы психологии»/И. А. Рычкова - М.: 1998. – №11-С.38-51.
43. Сансон, П. Психопедагогика и аутизм. Опыт работы с детьми и взрослыми. [Текст]:/П. Сеансон. – М.: Теревинф, 2008. – 208 с.
44. Сатмари, П. Дети с аутизмом.[Текст]:/П. Сатмари- СПб., Питер., 2005- 224 с.
45. Смирнова, Е.О. Психологические особенности варианты детской агрессивности. [Текст]: журнал «Вопросы психологии»// Е. О. Смирнова, Г.Р. Хузеева –М. 2002 -№1-С. 37-49.
46. Смирнова, Т.П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей [Текст]/ Т.П. Смирнова. –Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. -154 с.
47. Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья.[Текст]: В 2 т./ А. С. Спиваковская. - М.: ЭСКМО-Пресс, 2000.-Т.1.
48. Ульянова, Р.К. Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми[Текст]: журнал Педагогический поиск/ Р. К. Ульянова -СПБ 1999. - № 9- С.16-24.
49. Уорик, Э. Музыкальная терапия для детей с аутизмом. [Текст]:/ Э. Уорик, Д. Алвин,– М.: Теревинф, 2008. – 208 с.
50. Фурманов, И.А. Детская агрессивность: психодиагностика и коррекция. [Текст]: / И.А. Фурманов-Минск.1996-64с.
51. Шипицина, Л.М. Социальная реабилитация детей с аутизмом: Обзор иностранной литературы [Текст]: Детский аутизм: Хрестоматия. / Л.М. Шипицина, И.Л. Петрова-СПб. 1997-230 с.
52. Шоплер, Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей: Сборник упражнений для специалистов и родителей. [Текст]:/ Э.Шоплер, М. Ланзинд, Л. Ватерс - Минск: Изд-во БелАПДИ, 1997- 207с.

53. Янушко, Е.А. Использование методов совместного рисования в работе с аутичным ребенком. [Текст]: журн. воспитание и обучение детей с нарушениями. / Е. А. Янушко- М. 2005- №1-С.65-70.