



**АУТИЗМ и нарушения развития**  
**Autism and Developmental Disorders (Russia)**

№ 3 (56)

**2017**



12+

ISSN 1994-1617



9 771994 161015

Научно-практический журнал

# АУТИЗМ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет» (ФГБОУ ВО МГППУ)

## Редакционный совет:

**Алехина С.В.**, председатель редакционного совета, кандидат психологических наук, доцент, директор Института проблем интегрированного (инклюзивного) образования, проректор по инклюзивному образованию МГППУ

**Ахутина Т.В.**, доктор психологических наук, заведующая лабораторией нейропсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова

**Бородина Л.Г.**, кандидат медицинских наук, врач-психиатр, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии МГППУ

**Дименштейн Р.П.**, председатель Правления РБОО «Центр лечебной педагогики»

**Волосовец Т.В.**, кандидат педагогических наук, директор ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО»

**Левченко И.Ю.**, доктор психологических наук, заведующая лабораторией инклюзивного образования Института специального образования и комплексной реабилитации МГППУ

**Морозов С.А.**, кандидат биологических наук, Председатель Общества помощи аутичным детям «Добро», ведущий научный сотрудник Центра дошкольного, общего, дополнительного и коррекционного образования ФГАУ ФИРО

**Симашкова Н.В.**, доктор медицинских наук, заведующая отделом детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

**Шведовская А.А.**, кандидат психологических наук, начальник управления информационными и издательскими проектами МГППУ, доцент кафедры возрастной психологии факультета психологии образования МГППУ

**Шпицберг И.Л.**, руководитель Центра реабилитации инвалидов детства «Наш Солнечный Мир», член Правления Международной ассоциации «Autism Europe»

## Редакционная коллегия:

**Хаустов А.В.**, главный редактор, кандидат педагогических наук, директор Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ

**Садикова И.В.**, редактор, методист Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ

**Власова О.А.**, ответственный секретарь, методист Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ

## The Editorial Council:

**Alekhina S.V.**, Chairman of the editorial board, PhD in Psychology, associate Professor, director of the Institute of integrated (inclusive) education, the deputy rector of MSUPE for inclusive education

**Akhutina T.V.**, Doctor in Psychology, the head of the laboratory of neuropsychology faculty of psychology, Moscow State University. M.V. Lomonosov

**Borodina L.G.**, PhD in Medicine, psychiatrist, associate professor of the Department of clinical and judicial psychology of the Faculty of judicial psychology of MSUPE

**Dimenshtein R.P.**, Chairman of the «Center for curative pedagogics»

**Volosovets T.V.**, PhD in Pedagogy, Director of «Institute for the study of childhood, family and education of the Russian Academy of Education»

**Levchenko I.Y.**, Doctor in Psychology, the Head of Inclusive Education in the Institute of Special Education and Comprehensive Rehabilitation in MSPU

**Morozov S.A.**, PhD in Biology, President of Society of assistance to autistic children «Dobro», senior research fellow at the Centre pre-school, general, supplementary and remedial education of Federal Education Development Institut

**Simashkova N.V.**, Doctor in Medicine, the head of the Department of child psychiatry of the Mental Health Research Center (MHRC)

**Shvedovskaya A.A.**, PhD in Psychology, the Head of Information and Publishing Projects Department in Moscow State University of Psychology and Education, Associate professor Developmental Psychology Chair, Department of Psychology of Education in MSUPE

**Spitzberg I.L.**, Director of the rehabilitation Center for disabled children «Our Sunny World», member The Board of the International Association Autism Europe

## The Editorial Board:

**Khaustov A.V.**, Chief Editor, PhD in Pedagogy, director of the MSUPE Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of MSUPE

**Sadikova I.V.**, Editor, methodologist of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of MSUPE

**Vlasova O.A.**, Executive Secretary, methodologist of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of MSUPE

На 1-й странице обложки – фото здания Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС (Архитектурная мастерская А.А. Чернихова).

На 4-й странице обложки – рисунок «Осень» Софьи Ждановой.

Переводчик: Шведовский Е.Ф.

Дизайн и компьютерная верстка: Баскакова М.А.

Корректор: Мамонтов Ю.В.

Журнал «Аутизм и нарушения развития» зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-53003 от 01 марта 2013 г.

Журнал издается с марта 2003 г.  
Периодичность – 4 номера в год, объем 72 с.

Уважаемые читатели!

Редакция напоминает о том, что журнал распространяется только по подписке через ОАО «Агентство “Роспечать”». Подписной индекс – 82287 в каталоге «Газеты. Журналы»

Электронная версия журнала на портале психологических изданий МГППУ:

<http://psyjournals.ru/autism>

Страница журнала в Научной электронной библиотеке:

[http://elibrary.ru/title\\_about.asp?id=28325](http://elibrary.ru/title_about.asp?id=28325)

*При перепечатке*

*ссылка на журнал «Аутизм и нарушения развития» обязательна.*

Адрес редакции: 127427, Москва, ул. Кашенкин Луг, д. 7.

Телефоны: +7(495) 619-21-88

8-916-294-55-94

E-mail: [autismjournal2003@gmail.com](mailto:autismjournal2003@gmail.com)



# **АУТИЗМ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ**

Научно-практический журнал

**Т. 15. № 3 (56) – 2017**

**AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS (RUSSIA)**

Scientific and practical journal

**Vol. 15. No 3 (56) – 2017**

Московский государственный психолого-педагогический университет  
Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения  
детей с расстройствами аутистического спектра  
Moscow State University of Psychology & Education  
Federal Resource Center for Integrated Support to Children with ASD



## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ

*Л.Г. Бородина, Н.В. Письменная*

Медицинские аспекты сопровождения  
детей с расстройствами  
аутистического спектра 3

*Л.П. Кисельникова, Л.Н. Дробот'ко,  
К.Б. Милосердова*

Оказание стоматологической помощи  
детям с расстройствами  
аутистического спектра 9

*С.В. Андреева*

Вариативность в коррекционно-  
логопедической работе с младшими  
школьниками, имеющими диагноз  
аутизм, отягченный интеллектуальной  
недостаточностью 16

### ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ РАС

*У.А. Мамохина*

Особенности речи при расстройствах  
аутистического спектра 24

### УЧЕБНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ

*М.Ю. Максименко, Л.Г. Шаль*

Развитие когнитивных процессов у детей  
младшего школьного возраста  
с разными типами онтогенеза.  
*Коррекционный курс. Раздел 2  
Продолжение* 34

### МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

*Т.Ю. Хотылева, С.А. Розенблум*

Иллюзии инклюзии: типичные ошибки  
родителей детей с РАС  
*Из опыта инклюзивной школы* 48

*К. Брайс, Великобритания*

Как я... покину отчий дом?  
*Перевод с английского Т.В. Хапковой,  
Н.А. Воскобойниковой* 54

### ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

*Б. Нейсон, США*

О ключевых проблемах аутизма.  
Эмоциональность на спектре.  
*Продолжение*  
*Перевод с английского Л.Г. Бородиной* 58

### ИНТЕРВЬЮ

*Л. Дорманд, Е. Шведовский*

Инклюзия в работе с детьми  
с расстройствами аутистического спектра 69

**НОВОСТИ, СОБЫТИЯ, ДОКУМЕНТЫ 73**

## CONTENTS

### PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL, MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE

*L.G. Borodina, N.V. Pis'mennaya*

Medical aspects of support to children  
with autism spectrum  
disorders 3

*L.P. Kisel'nikova, L.N. Drobot'ko,  
K.B. Miloserdova*

Dental care for children  
with autism spectrum  
disorders 9

*S.V. Andreeva*

Variability in correction  
and speech therapy work  
with the children of primary school  
age with ASD  
and intellectual disability 16

### REVIEW OF RESEARCH IN ASD

*U.A. Mamokhina*

Speech features in autism  
spectrum disorders 24

### MANUALS

*M.Yu. Maksimenko, L.G. Shal'*

Cognitive process development  
in primary school age children with different  
types of ontogenesis.  
*Course of correction. Part 2  
Continuation* 34

### EXPERT OPINION

*T.Yu. Khotyleva, S.A. Rosenblyum*

Illusions of inclusion: typical mistakes  
of parents of ASD children.  
*Inclusive school experience* 48

*K. Bryce, Great Britain*

How do I... move out of home?  
*Translated from English by T.V. Khapkova,  
N.A. Voskoboynikova* 54

### FOREIGN EXPERIENCE

*B. Nason, USA*

Core Challenges of Autism.  
Emotionality on spectrum  
*Continuation*  
*Translated from English by L.G. Borodina* 58

### INTERVIEW

*L. Dormand, E. Shvedovskiy*

Inclusion in the work with children  
with autism spectrum disorders 69

**NEWS, EVENTS, DOCUMENTS 73**

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ,  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ  
PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL, MEDICAL  
AND SOCIAL ASSISTANCE

# Медицинские аспекты сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра

**Л.Г. Бородина\***,  
Московский государственный психолого-педагогический университет,  
Москва, Россия,  
*bor111a@yandex.ru*

**Н.В. Письменная\*\***,  
Научно-практический центр психического здоровья  
детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой,  
Москва, Россия,  
*natalisamih@yandex.ru*

В статье обобщен многолетний опыт медицинского сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра в условиях образовательного учреждения, в настоящее время — Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра. Обсуждаются особенности совместной с педагогами и психологами деятельности врача-психиатра, возможности и эффективность фармакотерапии у части детей. Уделено внимание проблеме комплаентности при фармакотерапии. Особый акцент делается на важности психотерапевтической поддержки семей, воспитывающих детей с аутизмом.

**Ключевые слова:** аутизм, расстройства аутистического спектра, медицинское сопровождение, фармакотерапия, психотерапия.

**Для цитаты:**

*Бородина Л.Г., Письменная Н.В.* Медицинские аспекты сопровождения детей с расстройствами аутистического // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 3–8. doi: 10.17759/autdd.2017150301

\* *Бородина Любовь Георгиевна*, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского государственного психолого-педагогического университета; Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ, Москва, Россия. E-mail: bor111a@yandex.ru

\*\* *Письменная Наталья Викторовна*, кандидат медицинских наук, заведующая отделом медицинского сопровождения в образовательных учреждениях ДО г. Москвы; ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия. E-mail: natalisamih@yandex.ru

Аутизм является тяжелым, во многих случаях инвалидизирующим, заболеванием раннего детского возраста и характеризуется грубым дефицитом в области коммуникации, социального взаимодействия и речи, наличием ограниченных повторяющихся и стереотипных моделей поведения и/или интересов, часто сопровождается неравномерным интеллектуальным недоразвитием. Согласно статистическим данным американских центров по контролю и предотвращению заболеваний, частота выявляемости расстройств аутистического спектра выросла с 1 случая на 88 детей в 2008 году до 1 случая на 45 детей в 2015 году [14].

Этиология расстройств аутистического спектра остаётся неясной. Несомненна роль генетической составляющей в возникновении расстройства, на проявления которой могут оказывать воздействие различные факторы окружающей среды [11]. Многие годы была популярна «прививочная» теория аутизма [12]. В проведённом нами в 2009 г. исследовании начало первого регресса наступало непосредственно после профилактической прививки в 11% случаев [2].

В российской психиатрической школе традиционным был взгляд на аутизм как на синдром шизофренического круга [1; 5]. Напротив, в англоязычной научной литературе преобладает противопоставление аутизма и шизофрении по принципу отсутствия при первом и наличия при второй галлюцинаторно-бредовой симптоматики [10]. Однако последние годы многие исследователи обращают внимание на схожесть проявлений этих двух расстройств [9; 13]. Голландскими авторами была предложена диагностическая единица «множественное сложное расстройство развития» для случаев с эмоциональной дисрегуляцией, нарушенным мышлением и риском психотических эпизодов до 68% [13]. Современные генетические исследования всё чаще выявляют высокий процент перекрытия генных участков, ответственных за большие психиатрические заболевания (шизофрению,

БАР, аутизм) [8]. Интересна заслуживает модель, предложенная японскими исследователями, в которой шизофрения является одним из возможных проявлений единого аутистического спектра [9].

Однако, независимо от предполагаемого происхождения расстройства и его нозологической принадлежности, практическая помощь детям, страдающим расстройствами аутистического спектра, является прерогативой деятельности практикующего врача. Мы имеем уникальный 20-летний опыт оказания медицинской и психотерапевтической помощи семьям детей с РАС в условиях образовательного учреждения — ЦПМССДиП, в настоящее время — Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ. В нашем учреждении детям с РАС комплексную помощь оказывает команда специалистов: педагогов-психологов, дефектологов, логопедов и врачей-психиатров.

### **Особенности медицинского сопровождения детей с РАС в условиях образовательного учреждения**

Обобщая накопленный опыт, можно выделить следующие характерные аспекты медицинского сопровождения детей с РАС в условиях образовательного учреждения:

1. Возможность наблюдения врача за ребенком непосредственно на занятии, и таким образом, — возможность отслеживания динамики состояния и эффективности вмешательства, целью которого является повышение работоспособности ребенка и продуктивности учебного процесса.

2. Возможность регулярного контакта с родителями.

3. Возможность регулярного контакта с педагогами, что существенно повышает объективность оценки.

4. Возможность совместного обсуждения проблем ребенка и его лечения в триаде родитель — врач — педагог.

## Принципы медикаментозной коррекции

К выработанным на основе многолетнего лечебного опыта принципам медикаментозной коррекции можно отнести следующие:

1. Диагноз РАС не должен автоматически вести к назначению медикаментозного лечения, но должен автоматически запускать процесс интенсивной педагогической коррекции;

2. Значительная часть детей с РАС (порядка 50%) может обучаться без медикаментозной поддержки при условии интенсивности и эффективности педагогического воздействия.

3. Состояние определенной части детей с РАС (около 10–15%) на момент первичной врачебной консультации таково, что занятия без предварительной медикаментозной коррекции невозможны; в остальных 35–40% случаев медикаментозная поддержка ведет к повышению эффективности занятий, облегчает и ускоряет приобретение ребенком необходимых навыков;

4. Несомненными показаниями к медикаментозному вмешательству являются: нецеленаправленное психомоторное возбуждение с импульсивностью и негативизмом; выраженная дезорганизация поведения обычно в сочетании с грубым нарушением или невозможностью контакта; стойкая агрессия и аутоагрессия, не связанные с ситуацией и/или не поддающиеся коррекции поведенческими методами; брутальность и разрушительность в поведении. Квалифицированная клиническая оценка психического состояния должна исключать смешение таких понятий как «гиперактивность» и «возбуждение», «дефицит внимания» и «психическая дезорганизация».

5. Среди используемых препаратов чаще всего наиболее предпочтительны нейролептики с дозозависимым стимулирующим действием: перфеназин, трифлуоперазин, сульпирид. Атипичные нейролептики рisperидон и арипипразол также используются, но не всегда удобны вследствие большого процента метаболических побочных

эффектов и наблюдаемого у части детей выраженного синдрома отмены. Нейролептики-седатики: хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, перициазин бывают необходимы в ряде случаев, но применение их нередко осложняется особенностями проявлений их побочного действия у невербальных детей раннего возраста. Ноотропы и ингибиторы холинэстеразы применяются после ЭЭГ-исследования, обычно в комбинации с нейролептиками. Противосудорожные препараты используются и для прямого антиэпилептического, и для нормотимического действия. Фармакотерапия приводит к улучшению психического состояния в 65% случаев, что отражает снижение баллов CARS по шкалам 1 (отношение к людям), 3 (эмоциональное реагирование), 4 (пользование телом), 6 (адаптация к переменам) и 10 (страх и тревога) [6].

6. Для подбора эффективной схемы лечения необходимы тесное сотрудничество и взаимное доверие между родителями и врачом, т.е. высокая комплаентность родителей. К сожалению, именно данный пункт представляет наибольшую проблему. В этой связи особенно важна психотерапевтическая компетентность врачей-психиатров, умеющих работать с тяжелой психической травмой, каковой является для родителей диагноз «аутизм» у ребенка. В этой связи уместно упомянуть проведенное нами мини-исследование, показавшее, что наиболее активную и эффективную деятельность по реабилитации ребенка способны вести родители, использующие примитивные, но действенные в экстремальной ситуации психологические защиты. Психотерапевтическая поддержка семьи в случае диагноза «аутизм» у ребенка не может быть переоценена и по важности не уступает, а часто и превосходит, эффективность медикаментозного вмешательства. Своевременное информирование о методах коррекции, обучение родителей этим методам с учетом их образовательного уровня и интеллектуальных и эмоциональных ресурсов — вот краткий перечень минимальной психотерапевтической помощи, оказываемой родителям детей с РАС [4].

Таким образом, тесное сотрудничество врача-психиатра, педагогов и родителей в условиях образовательного учреждения типа ФРЦ и ПМС-центров позволяет сделать медицинское сопровождение ребенка

с РАС максимально гибким, обеспечивающим его оптимальное самочувствие и работоспособность как путем лекарственной поддержки, так и путем психотерапевтической поддержки семьи. ■

### Литература

1. *Башина В.М., Симашкова Н.В.* Аутизм в детстве // В.М. Башина. Лечение и реабилитация. М.: Медицина, 1999. С. 171–206.
2. *Бородина Л.Г.* Факторы, предшествовавшие началу заболевания у детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2009. № 2. С. 13–20.
3. *Бородина Л.Г.* Лекарственная терапия расстройств аутистического спектра у детей: опыт зарубежных психофармакологов // Аутизм и нарушения развития. 2012. № 4. С. 1–18.
4. *Бородина Л.Г.* Рекомендации родителям при предположении у ребенка расстройства аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2015. Т. 13. № 4. С. 39–43.
5. *Бородина Л.Г.* Смена диагноза РАС после 18-ти лет: мнение психиатра // Аутизм и нарушения развития. 2015. Т. 13. № 3. С. 41–43.
6. *Касаткин В.Н., Шапошникова А.Ф., Письменная Н.В., Бородина Л.Г., Сударикова М.А.* Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами аутистического спектра / Детский аутизм: исследования и практика. / Под ред. В.Н. Касаткина. М.: Изд-во ЦПМССДиП, 2008. С. 26–58.
7. *Chisholm K., Lin A., Abu-Akel A., Wood S.J.* The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: A review of eight alternate models of co-occurrence / *Neurosci Biobehav Rev.* 2015 Aug. 55:173-83.
8. *Doherty J.L., Owen M.J.* Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice / *Genome Med.* 2014. Apr. 28; 6 (4):29.
9. *Morioka H., Kawaike Y., Sameshima H., Ijichi S.* Behavioral and cognitive core domains shared between autism spectrum disorder and schizophrenia / *Open Journal of Psychiatry.* Vol. 3. No. 2A (2013). Article ID:29767. 6 pages.
10. *Rutter M.* Childhood schizophrenia reconsidered. *J Autism Child Schizophr.* 1972; 2:315-337.
11. *Sealey L.A., Hughes B.W., Srisakanda A.N., Guest J.R., Gibson A.D., Johnson-Williams L., Pace D.G., Bagasra O.* Environmental factors in the development of autism spectrum disorders / *Environ Int.*, 2016. Mar; 88:288-98.
12. *Turville C., Golden I.* Autism and vaccination: The value of the evidence base of a recent meta-analysis / *Vaccine.* 2015. Oct. 13; 33(42): 5494-6.
13. *Van der Gaag R.J., Buitelaar J., Van den Ban E. et al.* A controlled multivariate chart review of multiple complex developmental disorder / *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995. 34: 1096-1106.
14. *Zablotsky B., Black L.I., Maenner M.J., Schieve L.A., Blumberg S.J.* Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014. National Health Interview Survey / *National Health Statistics Reports*, No 87, Nov. 13, 2015.

## Medical aspects of support to children with autism spectrum disorders

**L.G. Borodina\***,

Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia.  
bor111a@yandex.ru

**N.V. Pis'mennaya\*\***,

Scientific and Practical Center of Mental Health  
of Children and Adolescents named by G.E. Sukhareva,  
Moscow, Russia.  
natalisamih@yandex.ru

A multiyears experience of medical assistance of children with autism spectrum disorders on the base of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with Autism Spectrum Disorders is summed up in the article. The forms of psychiatrists' co-work with teachers and psychologists are discussed, as well as the possibilities and effectiveness of pharmacological intervention. The compliance questions are raised. A special accent on the importance of psychotherapy for families having children with ASD is made.

**Keywords:** autism, autism spectrum disorders, assistance, medical, educational, pharmacotherapy, psychotherapy.

### References

1. *Bashina V.M., Simashkova N.V.* Autizm v detstve [Autism in childhood]. In Bashina V.M. *Lechenie i rehabilitatsiya* [Therapy and rehabilitation]. Moscow: Publ. Meditsina, 1999, pp. 171–206.
2. *Borodina L.G.* Faktory, predshestvovavshie nachalu zabolevaniya u detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra [Factors preceding the onset of disease in children with autism spectrum disorders]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and Developmental Disorders (Russia)], 2009, no. 2, pp. 13–20.
3. *Borodina L.G.* Lekarstvennaya terapiya rasstroistv autisticheskogo spektra u detei: opyt zarubezhnykh psikhofarmakologov [Treatment of autism spectrum disorders in children with medicine: practice of foreign psychopharmacologists]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and Developmental Disorders (Russia)], 2012, no. 4, pp. 1–18.
4. *Borodina L.G., Soldatenkova E.N.* Rekomendatsii roditelyam pri predpolozhenii u rebenka rasstroistva autisticheskogo spektra [When the Child is Suspected to Have Autism Spectrum Disorder: Recommendation for Parents]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and Developmental Disorders (Russia)], 2015, vol. 13, no. 4, pp. 39–42. doi:10.17759/autdd.2015130405. (In Russ., abstr. in Engl.)
5. *Borodina L.G.* Smena diagnoza RAS posle 18-ti let: mnenie psikhiatra [Changing the ASD-diagnosis after 18 years: the opinion of the psychiatrist]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and Developmental Disorders (Russia)], 2015, vol. 13, no. 3, pp. 41–43. doi:10.17759/autdd.2015130306. (In Russ., abstr. in Engl.)

### For citation:

Borodina L.G., Pis'mennaya N.V. Medical aspects of support to children with autism spectrum disorders. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No 3. pp. 3–8. doi: 10.17759/autdd.2017150301

\* *Borodina Lyubov' Georgievna*, PhD in Medicine, associate professor of the department of clinical and judicial psychology of the faculty of judicial psychology of the Moscow State University of Psychology & Education, Moscow; psychiatrist of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia. E-mail: bor111a@yandex.ru

\*\* *Pis'mennaya Natalia Viktorovna*, PhD in Medicine, head of the department of medical support to educational institutions in Moscow State Budgetary Institution «Scientific and Practical Center of Mental Health of Children and Adolescents named by G.E. Sukhareva», GBUZ «Nauchno-prakticheskij centr psichicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov im. G.E.Suharevoj DZM», Moscow, Russia. E-mail: natalisamih@yandex.ru

6. Kasatkin V.N., Shaposhnikova A.F., Pis'mennaya N.V., Borodina L.G., Sudarikova M.A. Opyt primeneniya standartizirovannykh diagnosticheskikh otsenochnykh shkal v kompleksnoi programme lechebno-korreksionnoi pomoshchi detyam s rasstroistvami autisticheskogo spektra [Practice of applying standardized diagnostic evaluation scales in a complex treatment-correctional program of support of children with autism spectrum disorders]. In Kasatkin V.N. (ed.) *Detskii autizm: issledovaniya i praktika* [Autism in children: research and practice]. Moscow: Publ. Center for psychological, medical and social support of children and adolescents, 2008, pp. 26–58.
7. Chisholm K., Lin A., Abu-Akel A., Wood S.J. The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: A review of eight alternate models of co-occurrence / *Neurosci Biobehav Rev.* 2015 Aug. 55:173-83.
8. Doherty J.L., Owen M.J. Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice / *Genome Med.* 2014. Apr. 28; 6 (4):29.
9. Morioka H., Kawaike Y., Sameshima H., Ijichi S. Behavioral and cognitive core domains shared between autism spectrum disorder and schizophrenia / *Open Journal of Psychiatry.* Vol. 3. No. 2A (2013). Article ID:29767. 6 pages.
10. Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. *J Autism Child Schizophr.* 1972; 2:315-337.
11. Sealey L.A., Hughes B.W., Srisakanda A.N., Guest J.R., Gibson A.D., Johnson-Williams L., Pace D.G., Bagasra O. Environmental factors in the development of autism spectrum disorders / *Environ Int.*, 2016. Mar; 88:288-98.
12. Turville C., Golden I. Autism and vaccination: The value of the evidence base of a recent meta-analysis / *Vaccine.* 2015. Oct. 13;33.(42): 5494-6.
13. Van der Gaag R.J., Buitelaar J., Van den Ban E. et al. A controlled multivariate chart review of multiple complex developmental disorder / *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995. 34: 1096-1106.
14. Zablotsky B., Black L.I., Maenner M.J., Schieve L.A., Blumberg S.J. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014. National Health Interview Survey / *National Health Statistics Reports*, No 87, Nov. 13, 2015.

# Оказание стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра

**Л.П. Кисельникова\***,  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,  
Москва, Россия,  
*lpkiselnikova@mail.ru*

**Л.Н. Дроботько\*\***,  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,  
Москва, Россия,  
*drobotko@yandex.ru*

**К.Б. Милосердова\*\*\***,  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова,  
Москва, Россия,  
*Mrs.kauperman@gmail.com*

Потребности в лечении заболеваний полости рта, проблемы и особенности оказания стоматологической помощи детям с нарушениями развития, особенно с расстройствами аутистического спектра, как в России, так и за рубежом освещены крайне ограниченно. Условия общепринятого стоматологического обслуживания для таких детей малопривлекательны, и необходима четкая научно обоснованная организация стоматологической помощи для снижения количества заболеваний полости рта. Представлен краткий обзор результатов исследований стоматологического статуса детей с расстройствами аутистического спектра в зарубежных странах. Описаны особенности и алгоритм оказания стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра, отработанный сотрудниками Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова. Перечислены медицинские учреждения, оказывающие в Москве стоматологическую помощь детям с расстройствами аутистического спектра.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, стоматологическая помощь, стоматологический статус, седация с сохраненным сознанием, мидазолам.

#### Для цитаты:

*Кисельникова Л.П., Дроботько Л.Н., Милосердова К.Б. Оказание стоматологической помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 9–15. doi: 10.17759/autdd.2017150302*

\* *Кисельникова Лариса Петровна*, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской стоматологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, главный внештатный стоматолог Департамента здравоохранения г. Москвы. Москва, Россия, E-mail: *lpkiselnikova@mail.ru*

\*\* *Дроботько Людмила Николаевна*, доцент кафедры детской стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Москва, Россия, E-mail: *drobotko@yandex.ru*

\*\*\* *Милосердова Кристина Батрадзе*, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Москва, Россия, E-mail: *Mrs.kauperman@gmail.com*

**В**нимание к проблеме детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в нашей стране неуклонно растет. Имеющиеся нормативные документы и основные решения ориентированы на развитие системы комплексной помощи детям с аутистическими нарушениями и их семьям [3]. Официальные инициативы во многом подкреплены активностью общественных организаций и родительских ассоциаций, представляющих интересы семей.

### **Исследования стоматологического статуса детей с расстройствами аутистического спектра**

Состояние здоровья полости рта у детей с аутизмом оценивается как плохое по следующим причинам: у детей с РАС обычно низкий уровень развития навыков самообслуживания, поскольку часто выражены дефицит внимания и гиперактивность и ниже способности к обучению, чем у здоровых; также присутствуют сенсорные проблемы, например, гиперчувствительность к щетинкам щетки и вкусу пасты или зубного порошка, что заставляет детей избегать чистки зубов. К тому же у детей нередко наблюдается выраженная пищевая зависимость от сладкого. В связи с этим оценка стоматологического статуса среди детей с РАС представляет особую важность.

Несмотря на социальную значимость расстройств аутистического спектра как заболеваний, начинающихся в раннем детском возрасте, демонстрирующих значительный процент инвалидизации и представляющих существенную статью расходов государства, а также возлагающих значительную психологическую нагрузку на семьи, исследования стоматологического статуса детей с РАС единичны. Поведенческие нарушения, сопровождающие аутизм, также существенно затрудняет проведение клинических исследований, поэтому данные по распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей противоречивы. При этом известно, что у детей с расстрой-

ствами аутистического спектра возможны такие состояния как гингивит, бруксизм, выраженный рвотный рефлекс, патологии прикуса, затруднение жевания и глотания, нарушение слюноотделения. Обследование таких детей выявило высокую потребность в лечении заболеваний твердых тканей и пародонта, однако стоматологический статус по-прежнему остается малоизученным, что и определяет необходимость дальнейшего изучения данного вопроса.

Согласно немногочисленным данным зарубежной и отечественной литературы установлено, что с наибольшей частотой у детей с аутизмом распространены кариес и его осложнения, заболевания пародонта, зубочелюстные аномалии, задержка прорезывания зубов постоянного прикуса, системная гипоплазия эмали и плохая гигиена полости рта. У детей с аутизмом, как правило, ослаблен мышечный тонус, нарушена координация движений, повышено слюноотделение. Такие дети придерживаются определенного режима питания и очень избирательны в еде, употребляют в основном мягкую и сладкую пищу; из-за нарушенной координации языка обычно, прежде чем проглотить пищу, они долго держат ее во рту. Все это увеличивает предрасположенность к развитию кариеса.

Стоматологическое здоровье полости рта у детей с расстройствами аутистического спектра изучалось целым рядом исследователей за рубежом. Так, в **Бразилии** в отделении детской стоматологии университета *Cruzeiro do Sul* в Сан-Паоло была изучена интенсивность кариеса зубов у 25 мальчиков с РАС в возрасте от 3 до 8 лет и от 9 до 13 лет [4]. Отмечались высокие показатели интенсивности кариеса зубов.

В Университете наук и технологий в **Объединенных Арабских Эмиратах** были обследованы 61 ребенок с РАС в возрасте от 6 до 16 лет (45 мальчиков и 16 девочек). Было выявлено, что у детей с аутизмом показатели поражаемости зубов кариесом были незначительно выше, чем у здоровых детей, а потребность в реставрационном лечении зубов оказалась значительно выше [6].

**В Израиле** при обследовании 11-летних детей с аутистическими расстройствами, проживающих в семьях, была выявлена нуждаемость в пародонтологическом лечении. Однако дети, страдающие аутизмом, имели интенсивность кариеса зубов, аналогичную здоровым детям [8].

В журнале *European Archives of Paediatric Dentistry* [7] опубликованы данные о проведенном **в Индии** исследовании состояния полости рта у 483 детей с аутизмом, обследованных в школах, центрах по работе с детьми с РАС и в специализированных терапевтических центрах. Доказано, что плохая гигиена полости рта приводит к пародонтологическим заболеваниям и множественному кариесу. Также подчеркивается, что дети имеют большие проблемы с прикусом в результате вредных привычек: сосут пальцы, грызут ногти и посторонние предметы. Соответственно им требуется чаще обращаться за стоматологической и ортодонтической помощью.

### **Обучение навыкам ухода за полостью рта у детей с аутизмом**

Для обучения гигиене полости рта детей, страдающих аутизмом, разработаны специальные программы, основанные на модификации их поведения. При этом большое значение имеет обучение родителей ребенка применению соответствующих методик в домашних условиях. Помимо традиционного обучения гигиене полости рта (пользованию зубной щеткой и зубной пастой) в настоящее время все чаще при обучении стали использоваться современные гаджеты.

Доцент кафедры детской стоматологии стоматологического университета г. Нанта (Франция) Серена Лопес Каза (2016) использовала iPad для отработки навыков по уходу за полостью рта у детей с аутизмом. Она разработала виртуальную пошаговую инструкцию в виде пиктограмм, позволяющих запомнить правильную последовательность чистки зубов щеткой и пастой. Результаты исследования автора показали, что метод полностью себя оправдал: гигие-

на полости рта пациентов с РАС улучшилась, интерес к чистке зубов повысился.

Украинский профессор И.И. Якубова с участием стоматолога, психолога и родителей разработала программу гигиенического воспитания и обучения самостоятельному уходу за полостью рта детей с аутизмом [4]. Программа предусматривает два этапа внедрения: первая часть длится 6 месяцев и базируется на стереотипном поведении детей при использовании и механическом визуальном запоминании карточек для выработки последовательности действий, учитывающих стереотипное поведение и механическое запоминание при обучении основным этапам ухода за полостью рта. Второй этап предусматривает дифференцированное использование разработанного лечебно-профилактического комплекса в зависимости от активности кариеса и тяжести катарального гингивита.

### **Особенности и алгоритм оказания стоматологической помощи**

Если невозможно установить необходимый контакт с пациентом, то оказание стоматологической помощи ребенку с РАС должно осуществляться в условиях общего обезболивания. Данный вид помощи широко применяется как за рубежом [7], так и в России, согласно Приказу Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.02.2010 г. № 235 «О мерах по дальнейшему совершенствованию стоматологической помощи детям в городе Москве» [2]. Санация полости рта может проводиться с седацией с сохраненным сознанием и под общим обезболиванием. Состояние седации с сохраненным сознанием характеризуется медикаментозным подавлением сознания, при котором пациент целенаправленно отвечает на изолированные речевые команды либо на сочетание вербального контакта с легкими тактильными раздражителями. Пациент не нуждается в поддержании проходимости дыхательных путей, поскольку спонтанное дыхание остается адекватным. Кровообра-

щение также практически не претерпевает изменений.

Во многих странах, в том числе и России, при проведении седации с сохраненным сознанием применяется мидазолам. Мидазолам может применяться только в стоматологических клиниках, имеющих анестезиологическую службу. Мидазолам, не образующий в организме активных метаболитов, быстро превращается в водорастворимые соединения и выводится из организма, действует короче, дает быстрое пробуждение и не вызывает последствий в виде сонливости, вялости, снижения внимания и заторможенности. Активный профиль мидазолама дает следующие клинические эффекты: аксиолизис, противосудорожный, неглубокая седация, снижение внимания, амнезия, мышечная релаксация, гипноз. Период полувыведения мидазолама составляет 1,5–3 часа. Выводятся метаболиты в основном через почки, меньше через кишечник, и лишь небольшое количество препарата экскретируется в неизменном виде. Мидазолам дает быстрое пробуждение и не вызывает последствий в виде сонливости, вялости, снижения внимания и заторможенности.

Седация проводится анестезиологом с дальнейшим контролем за состоянием и самочувствием пациента во время стоматологического вмешательства. Ребенка лечат в положении полулежа на руках у сопровождающего, сидящего в стоматологическом кресле. Врач работает с ассистентом. Для санации полости рта требуется в 71,2% случаев — одно посещение, в 28,7% случаев — два посещения, интервал между посещениями 5–8 дней. За одно посещение врач может вылечить 3–5 зубов и провести удаление 1–2 зубов [1].

Родители пациентов, которым планируется седация с сохраненным сознанием, должны получить четкие устные и письменные инструкции по действию общих и местных анестетиков на организм и обоснование для выбора конкретной методики обезболивания. Накануне седации с сохраненным сознанием пациентам рекомендуют прием только легкой пищи. Голодание

также нежелательно. От родителей пациентов должно быть получено специальное письменное согласие на проведение седации с сохраненным сознанием.

Показания к общему обезболиванию: стоматологическое лечение детей с ограниченными возможностями здоровья; большой объем сложных стоматологических манипуляций; непреодолимая боязнь стоматологического лечения; ранний детский возраст. Санация рта ребенка в условиях общего обезболивания требует особой компетентности детского врача-стоматолога, способного четко и качественно выполнить максимальное лечение за лимитированное время, одновременно эффективно сотрудничая с ассистентом и бригадой анестезиологов-реаниматологов. При санации в условиях общего обезболивания за одно посещение проводится полная санация полости рта и удаление зубов по показаниям.

После проведения санации в условиях общего обезболивания или седации с сохраненным сознанием всем родителям даются рекомендации по уходу за полостью рта ребенка. Рекомендации включают ежедневную двукратную чистку зубов фторидсодержащими пастами в зависимости от возраста ребенка и степени активности кариеса. Рекомендуется профессиональная аппликация фторлака в условиях стоматологического кабинета.

Стоматологическая помощь детям с расстройствами аутистического спектра, оказываемая детским стоматологом, заключается не только в лечении заболеваний зубов. С целью профилактики зубочелюстных аномалий необходимо создавать условия для сохранения правильного соотношения челюстей и предотвращения смещения зубов, для выявления вредных привычек и функциональных нарушений и для организации их устранения с помощью логопеда, фонiatра и других специалистов. С целью профилактики гипотонии мышц челюстно-лицевой области, усугубляющей зубочелюстные аномалии, рекомендуется проведение курсов миогимнастики и специальной лечебной физкультуры для

мышц языка, мимических и жевательных групп. Комплекс упражнений разрабатывается логопедом, ортодонтом и осуществляется под контролем родителей.

Таким образом, стоматологическая помощь детям с расстройствами аутистического спектра должна обязательно включать широкие профилактические мероприятия и осуществляться в рамках постоянного диспансерного наблюдения.

### Оказание стоматологической помощи детям с РАС в Москве

В Москве квалифицированная стоматологическая помощь детям с расстрой-

ствами аутистического спектра в условиях анестезиологического пособия оказывается в специализированных отделениях городских детских стоматологических поликлиник №№ 28, 30, 41.

Детям, имеющим соматические заболевания, стоматологическая помощь в условиях анестезиологического пособия оказывается в стоматологических отделениях детских городских клинических больниц № 13 им. Н.Ф. Филатова и ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям с пороками развития челюстно-лицевой области, врожденными заболеваниями нервной системы им. В.Ф. Войно-Ясенецкого».

### Литература

1. Кисельникова Л.П., Золотусский А.Г., Фадеева Е.Н., Карасева Р.В. Особенности санации полости рта в условиях седации с сохраненным сознанием // Российский медицинский журнал. 2012. № 4. С. 21–26.
2. Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 18.02.2010 г. № 235 «О мерах по дальнейшему совершенствованию стоматологической помощи детям в городе Москве» (вместе с «Показаниями и порядком направления детей на лечение зубов с применением анестезиологического пособия»). <http://pravo-med.ru/legislation/moscow/5053/>
3. Приказ Минздрава России от 02.02.2015 г. № 32н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра)». (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 № 36143). <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8890>.
4. Якубова И.И. Уровень санитарно-гигиенических знаний и качество гигиены полости рта у детей школьного возраста / И.И. Якубова, Н.М. Крупник // Вестник стоматологии 2003. № 3. С. 53–57.
5. Bassoukou I.H. Saliva flow rate, buffer capacity, and pH of autistic individuals / I.H. Bassoukou, J. Nicolau, M.T. dos Santos // Clin. Oral. Investig. 2009. № 13 (1). P. 23–27.
6. Jaber M.A. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism / M.A. Jaber // J. Appl. Oral. Sci. 2011. Vol. 19. № 3. May-Jun. P. 212–217.
7. Nagarajappa R., Kenchappa M., Ramesh G., Nagarajappa S., Tak M. Assessment of periodontal status and treatment needs among 12 and 15 years old school children in Udaipur, India // Official Journal of European Academy of Paediatric Dentistry. Vol. 13 (Issue 3). June 2012.
8. Oral health status and dental needs of an autistic population of children and young adults / [Shapira J., Mann J., Tamari I. et al.] // E. Spec. Care Dentist. 1989. Vol. 9. № 2. P. 38–41.
9. Tse K.Y., Carrew-O'Donnell S., Albadri S. Management of autistic children referred for dental treatment under GA. // Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry. 2010. P. 55.

## Dental care for children with autism spectrum disorders

**L.P. Kisel'nikova\***,

A.I. Yevdokimov Moscow State University  
of Medicine and Dentistry,  
Moscow, Russia.  
lpkiselnikova@mail.ru

**L.N. Drobot'ko\*\***,

A.I. Yevdokimov Moscow State University  
of Medicine and Dentistry,  
Moscow, Russia.  
drobotko@yandex.ru

**K.B. Miloserdova\*\*\***,

A.I. Yevdokimov Moscow State University  
of Medicine and Dentistry,  
Moscow, Russia.  
Mrs.kauperman@gmail.com

Questions of the need for treatment of oral diseases, problems and characteristics of providing dental care for children with developmental disorders, especially with autism spectrum disorders, both in Russia and abroad have very little coverage. Usual conditions for dental care for these children are unacceptable. A clear, scientifically based system of dental care is needed to reduce the number of diseases of the oral cavity. Results of studies of the dental status of children with autism spectrum disorders in foreign countries are presented in a brief review. Features and algorithm of dental care for children with autism spectrum disorders worked out by the staff of Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry are described. Medical institutions providing dental care to children with autism spectrum disorders in Moscow are listed.

**Keywords:** autism spectrum disorders, dental care, dental status, sedation with conserved consciousness, midazolam.

### References

1. *Kisel'nikova L.P., Zolotusskii A.G., Fadeeva E.N., Karaseva R.V.* Osobennosti sanatsii polosti rta v usloviyakh sedatsii s sokhranennym soznaniem [The characteristics of oral cavity sanitation in children of younger age under the conditions of sedation with retained consciousness]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal [Medical Journal of the Russian Federation]*. 2012, no. 4, pp. 21–26.
2. Order of Department of healthcare of Moscow from 18.02.2010 no. 235 “O merakh po dal'neishemu sovershenstvovaniyu stomatologicheskoi pomoshchi detyam v gorode Moskve” [“On the measures for further improvement of dental care for children in Moscow” (along with “Directions and the order for directing children to dental care using anesthesia”)]. Source: <http://pravo-med.ru/legislation/moscow/5053/>

### For citation:

Kisel'nikova L.P., Drobot'ko L.N., Miloserdova K.B. Dental care for children with autism spectrum disorders. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No 3. pp. 9–15. doi: 10.17759/autdd.2017150302

\* *Kisel'nikova Larisa Petrovna*, Doctor of Medical Sciences, head of the department of pediatric dentistry, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, supernumerary specialist, Moscow healthcare department, Moscow, Russia. E-mail: lpkiselnikova@mail.ru

\*\* *Drobot'ko Lyudmila Nikolaevna*, assistant professor, department of pediatric dentistry, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia. E-mail: drobotko@yandex.ru

\*\*\* *Miloserdova Christina Batradzovna*, Ph.D. in medical science, assistant of the department of pediatric dentistry, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia. E-mail: Mrs.kauperman@gmail.com

3. Order of Ministry of healthcare of Russian Federation from 02.02.2015 no. 32н “Ob utverzhdenii standarta spetsializirovannoi meditsinskoi pomoshchi detyam s obshchimi rasstroistvami psikhologicheskogo razvitiya (autisticheskogo spektra)” [“On the approval of a standard of medical support for children with general disorders of mental development (autism spectrum)”]. Source: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8890>.
4. Yakubova I.I. Uroven' sanitarno-gigienicheskikh znanii i kachestvo gigieny polosti rta u detei shkol'nogo vozrasta [Level of sanitary and hygienic awareness and quality of oral cavity hygiene in children of school age] / I.I. Yakubova, N.M. Krupnik. *Vestnik stomatologii* [Stomatology Herald]. 2003, no. 3, pp. 53–57.
5. Bassoukou I.H. Saliva flow rate, buffer capacity, and pH of autistic individuals / I.H. Bassoukou, J. Nicolau, M.T. dos Santos. *Clin. Oral. Investig.* 2009, no. 13 (1), pp. 23–27.
6. Jaber M.A. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism / M.A. Jaber. *J. Appl. Oral. Sci.* 2011, vol. 19, no. 3 (May-Jun), pp. 212–217.
7. Nagarajappa R., Kenchappa M., Ramesh G., Nagarajappa S., Tak M. Assessment of periodontal status and treatment needs among 12 and 15 years old school children in Udaipur, India. *Official Journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, vol. 13 (Issue 3, June 2012).
8. Oral health status and dental needs of an autistic population of children and young adults / [Shapira J., Mann J., Tamari I. et al.]. *E. Spec. Care Dentist.* 1989, vol. 9, no. 2, pp. 38–41.
9. Tse K.Y., Carrew-O'Donnell S., Albadri S. Management of autistic children referred for dental treatment under GA. *Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry.* 2010, p. 55.

# Вариативность в коррекционно-логопедической работе с младшими школьниками с аутизмом, отягченным интеллектуальной недостаточностью

С.В. Андреева\*,

Московский государственный психолого-педагогический университет,  
Москва, Россия,  
*Andreevasv@mail.ru*

Речевые нарушения у детей с аутизмом вариативны и полиморфны, что предопределяет множественность коррекционных подходов в логопедической практике. В статье приведены методические приемы, применяемые при коррекции речевого недоразвития на этапе формирования фразовой речи у детей с аутизмом в сочетании с интеллектуальной недостаточностью. Подчеркивается важность социального развития детей, перцептивности при формировании высших психических функций, в частности речи и мышления.

**Ключевые слова:** аутизм, логопедическая работа, перцептивность, симультанные процессы, произвольность, социокультурная интеграция.

Речевое недоразвитие при аутизме является одним из основных проявлений в симптоматике нарушения. Недостаток социальных контактов, дефицитарность в общении с близкими, с окружающим миром приводят к искаженному формированию речевой функции, к специфичности восприятия и мышления, личности в целом.

Речевой дизонтогенез при аутизме проявляется уже на первом году жизни, дальнейшее формирование речи имеет свои специфические особенности. Среди пато-

логических форм речи детей с РАС характерными являются: эхолалии, смазанная речь, скандированное произношение, речь скороговоркой, своеобразная интонация голоса с преобладанием высокой тональности, длительное называние себя во втором и третьем лице, отсутствие в экспрессивной речи слов, обозначающих близких ребенку людей, преобладание в речи номинативного словаря над предикативным, аутоимпульсивности, реализуемые в цитировании стихов, песен, цитат и т.д.

## Для цитаты:

Андреева С.В. Вариативность в коррекционно-логопедической работе с младшими школьниками, имеющими диагноз аутизм, отягченный интеллектуальной недостаточностью // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 16–23. doi: 10.17759/autdd.2017150303

\* Андреева Светлана Витальевна, учитель-логопед Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия. E-mail: *Andreevasv@mail.ru*

## **Особенности речевого дизонтогенеза у младших школьников с аутизмом**

К школьному возрасту у детей с аутизмом проявляется выраженный когнитивный дефицит, несформированность произвольных форм деятельности, специфичность восприятия, мышления и речи.

Специалисты диагностируют следующие общие критерии недоразвития вербальной функции у детей младшего школьного возраста с аутизмом:

- низкий уровень сформированности пассивного и активного словаря;
- преобладание в экспрессивной речи номинативного словаря над предикативным;
- использование в речи простого нераспространенного предложения;
- наличие стойкого специфического аграмматизма речи;
- несформированность диалогической и монологической связной речи;
- несформированность просодических компонентов речи.

У детей с аутизмом в сочетании с умственной отсталостью нарушен как языковой, так и внутренний (смысловой) уровень речи. Нарушение обусловлено: несформированностью операций анализа и синтеза; трудностями выделения существенных и второстепенных компонентов; нарушением смыслового программирования содержания связного текста; неспособностью удерживать речевую программу в памяти; неумением развертывать смысловую программу в виде серии предложений, связанных между собой.

Тяжелые формы РАС в сочетании с интеллектуальной недостаточностью обуславливают уровень сформированности речи младшего школьника: от полного отсутствия фразовой речи до сформированной на уровне аграмматичного простого распространенного предложения.

Вариативность уровней мышления и речи у детей с аутизмом определяет специфику коррекционно-логопедического воздействия.

## **Специфика диагностического обследования фразовой речи у младших школьников с аутизмом**

Диагностическое обследование детей с аутизмом имеет свою специфику. Один и тот же ребенок может демонстрировать сообразительность и высокий уровень концентрации внимания в спонтанном поведении, но в ситуации, когда от него требуется выполнить простое задание, допускает множество ошибок. Специфика мотивационно-потребностной сферы ребенка с аутизмом является важным параметром при анализе диагностических результатов. Коммуникативные возможности каждого ребенка с РАС влияют на время, необходимое для диагностического обследования.

Обследование импрессивной стороны речи (ее восприятия, понимания) имеет ряд особенностей. Эхολаличные ответы осложняют оценку специалистом возможностей ученика понять инструкцию и осознанно вербально выполнить задание. Необходимо учитывать особенности слухового и зрительного восприятия детей с аутизмом. Инструкция, данная громким высокочастотным голосом, может быть ребенком не воспринята, что приведет к использованию им защитного механизма, в частности, к закрытию ушей руками. При диагностике не следует использовать картинный материал насыщенных цветов, сюжетные картинки со сложным, перегруженным деталями сюжетом. Сенсорная информация должна быть ребенку интересной и даваться дозированно.

При обследовании экспрессивной стороны речи (говорения) основным диагностическим критерием развития речевой функции у школьника с аутизмом является его способность произвольно продуцировать речевое высказывание. Специалисты рассматривают разные уровни реализации речи: «...уровень произвольный, осознанный, на котором реализуются такие ее формы как монологическая речь, развернутая диалогическая, ... и произвольный уровень, на котором реализуются автоматизи-

рованные формы речи (стихи, пение, счет, штампы)» [6, с. 57].

Способность ребенка с аутизмом осознанно строить фразу: формировать замысел речевого высказывания, выбирать смысловые образы слов, грамматически их оформлять на уровне слова и предложения, реализовывать речевое высказывание во внешнем плане является показателем не только речевого, но и когнитивного развития. Произвольность моделирования ребенком фразы: возможность сознательного управления процессом; наличие программы; постоянный контроль за ее выполнением и контроль за окончательным результатом деятельности позволяют специалисту оценить регуляторные и психические компоненты функционального базиса речи в целом.

Зачастую именно выявленный уровень произвольности фразы определяет основные направления коррекционной работы и их перспективы в работе с детьми с аутизмом, сочетающимся с интеллектуальной недостаточностью.

При оценке уровня произвольности фразы рассматриваются:

1. Непроизвольный уровень. Ребенок использует в речи только речевые штампы в неизменной готовой форме («дай», «нет», «хочу пить»);

2. Переходный уровень. Ребенок способен частично моделировать речевой штамп, соотнося звуковой образ слова с предметом («дай сок» либо «дай вода»);

3. Произвольный уровень. Ребенок говорит самостоятельно с ошибками — аграмматичными произвольными фразами, пытается соединять два и более слов в предложении («чашка упал»).

Достаточно часто у младших школьников с аутизмом выявляется отсутствие общепотребительной речи при относительной сформированности навыка глобального чтения и письма. Данная асинхрония в формировании речевой функции затрудняет формулирование логопедического заключения в соответствии с общепринятой логопедической классификацией.

В зависимости от уровня недоразвития речи, специфических особенностей развития ребенка с РАС и его интеллектуальных возможностей разрабатывается индивидуальная программа коррекционно-логопедического воздействия с учетом требований образовательной программы, по которой он обучается (АООП 8.2—8.4).

### **Специфика логопедического воздействия при формировании фразовой речи у младших школьников с аутизмом, отягченным интеллектуальной недостаточностью**

Речевое недоразвитие у детей с РАС, сочетающимся с интеллектуальной недостаточностью, выявленное в процессе диагностического обследования вербальной функции, является полиморфным и требует использования разнообразных коррекционных методов и приемов как традиционных в логопедической практике, так и модифицированных.

Основной проблемой, с которой сталкивается логопед на начальных этапах коррекционной работы, кроме поведенческой, является выраженная несформированность как активного, так и пассивного словаря у школьников начальных классов. Незнание, непонимание назначения, и как следствие, неиспользование в речи простейших обиходно-бытовых слов всех лексических групп является базисным дефектом в речевом развитии детей с РАС, требующим коррекционно-логопедического воздействия.

Учение Л.С. Выготского о взаимосвязи ассоциативных представлений с ростом пассивного словаря ребенка, базирующегося на формировании многочисленных и многообразных связей между образами предметов (явлений, объектов) и словами их обозначающими, является методологическим и актуальным. Невозможно сформировать понимание значений слов без практической составляющей, опираясь только на картинный лексический материал. Речь является высшей психической

функцией и формируется в процессе социального взаимодействия, однако именно дефицит общения является ведущим проявлением дизонтогенеза при аутизме.

### **Средства, используемые в логопедической работе по формированию лексического словаря**

Знание законов становления и развития ВПФ и в частности речи, определяет необходимость использования в логопедической работе социокультурного подхода к формированию и коррекции речевой функции, например, экскурсионной деятельности. Возможность детей с аутизмом на перцептивном уровне воспринять информацию и с большей вероятностью ее усвоить предполагает необходимость в регулярных групповых обучающих экскурсионных поездках в различные культурно-досуговые, образовательные и производственные учреждения. Организация для младших школьников с РАС экскурсий в музеи, библиотеки, детские театры, на производство дает дополнительные возможности логопеду сформировать у детей со сниженным интеллектом абстрактные понятия, которые невозможно усвоить по картинкам. Специально подобранные, учитывающие имеющиеся и потенциальные возможности детей, экскурсионные программы проводятся в доступной форме, а нахождение школьников в группе одноклассников с педагогом и родителями снижает чувство страха перед новой обстановкой. Социализация детей с аутизмом, реализуемая дозированно, защищенно и аффективно окрашено, проходит более успешно и выражается в усилении контактности детей и мотивационного побуждения к вербальному диалогу.

В дальнейшем новый лексический материал дополнительно закрепляется педагогом класса на занятиях «Чтение» и «Развитие речи». «По следам» экскурсий логопед приобщает к приобретенному лексическому словарю новые слова из разных частей речи, объединенные на основе ситуативной

близости, тем самым формируя у школьников семантические поля.

### **Методические приемы, используемые при формировании фразы — простого нераспространенного предложения**

При определенном уровне сформированности активного предметного и глагольного словаря у детей данной группы возможна работа по формированию фразы. Однако дети с аутизмом, отягченным интеллектуальной недостаточностью, крайне плохо усваивают правила и законы русского языка. Сензитивный период в формировании речи к школьному возрасту уже пройден, многие дети первые слова начали произносить в 5—6 лет, некоторые вовсе неговорящие. Следовательно, работа по формированию фразы у детей данной группы крайне затруднительна и требует поиска эффективных методов и приемов коррекции.

Учитывая весь симптомокомплекс нарушений у ребенка с РАС и с ментальным недоразвитием, важно ставить реальные задачи и цели, в частности, формировать простую нераспространенную фразу, доступную ему по семантике и слоговой структуре на начальных этапах логопедического воздействия. Дети с аутизмом крайне неохотно используют глаголы, личные местоимения, предпочитая говорить однословно. Требование говорить фразой предполагает сформированность абстрактных понятий: «слово», «предложение». Данные понятия не доступны детям с интеллектуальной недостаточностью. Доступный для восприятия и анализа картинный материал, представляющий сюжет — действие, в сочетании с использованием фишек, применяемых в классической логопедической практике для формирования навыка звукового анализа и синтеза слов, позволяет сформировать понимание, что фраза — это когда несколько фишек, а слово — одна фишка: сколько фишек, столько и слов в предложении.

Логопедическая работа по формированию фразы с неговорящими школьниками

строится по классическому коррекционному маршруту: формируются «штамповые фразы», служащие коммуникативным базисом. Важной задачей на данном коррекционном этапе является формирование у детей навыка ориентировки в пространстве, позволяющего понимать слова: «Покажи!», «Где?» и отвечать: «Вот!», и как следствие, — усвоить и использовать в речи простые предлоги.

В дальнейшем отрабатываются модели, соответствующие I—II уровню речевого развития [4, с. 106—110]:

«Кто (что)?» — (кошка; шапка);

«Кто (что)? Что делает?» — (мальчик идет; стул стоит);

«Кто (что)? Что делает? Чем (где)?» — (мальчик копает лопатой; книга лежит на столе).

В работе используются игрушки, картинный материал и печатные слова, читаемые детьми глобально.

Обучение более сложным моделям фразовых конструкций предполагает развитие у ребенка с РАС и ментальными нарушениями интеллектуальных возможностей и требует применения логопедом междисциплинарных методик.

Речевое восприятие на смысловом уровне происходит симультанно. Формирование симультанных процессов в онтогенезе основывается на сукцессивном анализе и синтезе. Л.С. Выготский, рассматривая вопрос о соотношении речи и мышления, подчеркивал: «... то, что в мыслях содержится симультанно, то в речи развертывается сукцессивно» [1, с. 378].

Согласно модели порождения речевого высказывания А.А. Леонтьева, для формирования фразы необходимы следующие этапы ее реализации [2, с. 260—264]:

1. Мотивация;

2. Замысел;

3. Внутреннее программирование речи (смысловая схема);

4. Лексико-грамматическое развертывание высказывания;

5. Реализация речевого высказывания во внешнем плане.

А.А. Леонтьев подчеркивал, что мотив и замысел... «два важнейших структурно-се-

мантических компонента высказывания существуют в так называемом симультанном нерасчлененном виде» [2, с. 261].

Из этого можно сделать вывод, что у детей с аутизмом и ментальными нарушениями трудности в формировании речевого высказывания присутствуют на всех этапах его реализации, начиная с самых первых — симультанных мотива и замысла. Соответственно, в логопедической практике целесообразно применение методик развития симультанного восприятия у детей с аутизмом и ментальным недоразвитием для формирования более высокого уровня когнитивной деятельности и, как следствие, — способности к моделированию речевого высказывания.

Данный вид коррекционной работы в логопедической практике преимущественно строится на подробном анализе сюжетных картин, серии картин со схожим сюжетом. Однако, согласно «теории центрального связывания» U. Frith, у детей с аутизмом сенсорная информация, поступающая даже по одному сенсорному каналу, не трансформируется в целостностный образ. Соответственно, важно реализовывать задачу последовательно, поэтапно, в соответствии с принципом «от простого к сложному» [3, с. 28].

### Опыт развития симультанного восприятия у детей с РАС

Логопедические занятия с детьми с РАС по развитию симультанного восприятия я провожу в следующей последовательности:

1. Собираение геометрических фигур из частей. В этом задании уже есть знание и предвидение целостного, симультанного, образа цели (треугольник; квадрат и т.д.). Ребенок сукцессивно (последовательно) реализует задачу.

2. Анализ фотографий: семейных, сделанных во время групповых экскурсий, и т.д. Сюжет должен быть знаком и эмоционально значим для ребенка.

3. Анализ сюжетных картин, отображающих действия героев сюжета.

4. Анализ серии сюжетных картин, доступных по смыслу.

Последовательный детальный анализ сюжета и восприятие его целостно, т.е. установление связей между героями сюжета, позволяет развивать ментальные способности. Выполнение данного задания учеником совместно с педагогом или с его помощью позволяет сформировать навык последовательной обработки зрительной информации, выработать программу действий, активизировать работу III регуляторного блока мозга, а именно блока программирования, регуляции и контроля психической деятельности, в соответствии со структурно-функциональной моделью мозга, разработанной А.Р. Лурией [5, с. 41–42]. Данный блок мозга отвечает за организацию последних этапов «порождения речевого высказывания», в частности, за внутреннее программирование фразы, ее моторную реализацию.

На первом этапе реализовывать коррекционную задачу по развитию симультанного восприятия желательно в виде домашнего задания, на последних этапах — совместно с педагогом класса на уроках «Чтение» и «Развитие речи».

Формирование фразы у школьников с аутизмом и интеллектуальной недостаточностью является базовым компонентом программы по овладению экспрессивной речью и направляющим ориентиром в коррекционно-логопедической работе в целом. При ядерных формах аутизма, отягченных глубокой степенью умственной отсталости, при атрофии мышц речедвигательного аппарата, выраженном психоэмоциональном негативизме важно сконцентрироваться на формировании коммуникативных навыков, реализуемых в виде «речевых штампов», не требующих формирования речевой программы, а также на обучении использованию альтернативных средств коммуникации.

На всех этапах коррекционно-логопедического воздействия ведется работа, направленная на формирование пассивного и активного словаря (преимущественно глагольного), коррекцию фонематических

процессов, коррекцию звукопроизношения, формирование грамматического строя речи. Однако самым важным структурным звеном в логопедической работе с младшими школьниками с аутизмом и интеллектуальной недостаточностью является работа, направленная на понимание обращенной речи. Ригидность мышления учеников с данными нарушениями, к сожалению, без специального обучения не позволяет им правильно воспринять даже знакомую, но измененную на синтаксическом уровне инструкцию и соответственно ее реализовать.

### **Методические приемы, используемые при коррекции темпо-ритмической стороны речи**

Нарушение темпо-ритмической стороны речи является специфическим у детей с аутизмом и, безусловно, влияет на ее просодические характеристики. Ускоренный либо замедленный темп речи, скандированное произношение, смазанная речь влияют не только на понимание речи окружающими, но и препятствуют полноценному использованию речи как средства коммуникации.

В традиционной логопедической практике, в том числе для коррекции просодики речи, используется логоритмика, а с неговорящими детьми — фонопедическая ритмика. Дети демонстрируют готовность сопряженно интонировано произносить под музыку 2–4 строчки из стихотворения, сочетая речь с движениями рук и ног по образцу. Наиболее эффективно проводить логоритмические упражнения перед логопедическим зеркалом, акцентируя внимание ребенка так же и на мимике лица.

Для детей с аутизмом и интеллектуальной недостаточностью недоступно точное повторение даже простой ритмической последовательности традиционным способом. Отстукивание предложенного ритма осуществляется хаотично и без интереса. Однако отстукивание ритма под детскую песенку, на первых этапах совместно с логопедом (логопед держит руку ребенка с палочкой и

сам задает ритм), дает возможность формировать у детей слуховое внимание, чувство ритма приятным для ребенка способом.

При коррекции искаженного темпа речи у детей с аутизмом возможно использование метронома как способа ритмической стимуляции речи, применяемого в работе с заикающимися. Воздействие метрическими звуками на слух ребенка способствует коррекции диспросодии, улучшению темпо-ритмической и интонационно-мелодической выразительности речи, формированию навыка речевого самоконтроля.

Родителям рекомендуется использовать метроном и в домашних условиях: читать под стук метронома (длительность в пределах 5–10 минут), слушать звук метронома при сильном психоэмоциональном возбуждении. Данные занятия должны быть систематическими и пролонгированными, так как метроном способствует формированию итеративного ритма на подкорковом уровне, что возможно только при длительном и регулярном применении.

## Заключение

Логопедическая работа по коррекции речевой функции у детей с аутизмом и интеллектуальным недоразвитием должна быть системной, комплексной и проводиться в совместном взаимодействии всего педагогического коллектива специалистов и родителей.

Описанные методические приемы доказали свою эффективность при использовании в работе со школьниками 2–4 классов, имеющими диагноз РАС и обучающимися по программе в соответствии с АООП 8.3. в Федеральном ресурсном центре по комплексному сопровождению детей с РАС. Следует учитывать, что приведенные методические приемы являются дополнительными и реализуются в структуре основной коррекционной логопедической программы для детей с тяжелыми множественными нарушениями развития и школ VIII вида в сочетании со стимулирующей поведенческой терапией. ■

## Литература

1. *Выготский Л.С.* Избранные психологические исследования. М.: Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1956.
2. *Ковшиков В.А., Глухов В.П.* Психолингвистика. Теория речевой деятельности. М.: АСТ-Астрель, 1989.
3. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с расстройствами аутистического спектра. Методическое пособие. М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016.
4. *Филичева Т.Б., Туманова Т.В., Соболева А.В.* Методика преодоления недостатков речи у детей дошкольного возраста. Учебно-методическое пособие. М.: В. Секачев, 2016.
5. *Хомская Е.Д.* Нейропсихология. Спб.: ПИТЕР, 2006.
6. *Цветкова А.С.* Восстановление высших психических функций. Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова, 2004.

## Variability in correction and speech therapy work with the children of primary school age with ASD and intellectual disability

S.V. Andreeva\*,

Moscow State University of Psychology & Education

Moscow, Russia,

andreevasv@mail.ru

Speech disorders in children with autism spectrum disorders are variable and polymorphic, which creates the need for variability in correctional approaches in speech therapy. Present article shows the techniques which are used in practice of language correction therapy, especially in correction of speech underdevelopment at the stage of the formation of phrasal speech in children with ASD in conjecture with intellectual disability. The importance of social development of children, perceptivity in the formation of higher mental functions, in particular, speech and thinking, is stressed.

**Keywords:** autism spectrum disorders, speech therapy, perceptivity, simultaneous processes, arbitrariness, socio-cultural integration.

### References

1. *Vygotskii L.S.* Izbrannye psikhologicheskie issledovaniya [Selected psychological research]. Moscow: Publ. RSFSR Academy of pedagogic disciplines, 1956.
2. *Kovshikov V.A., Glukhov V.P.* Psikholingvistika. Teoriya rechevoi deyatel'nosti [Psycholinguistics. Theory of speech activity]. Moscow: Publ. AST, 1989.
3. Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie obuchayushchikhsya s rasstroistvami autisticheskogo spektra. Metodicheskoe posobie [Psycho-pedagogical support of students with autism spectrum disorders]. Moscow: Publ. Moscow State University of Psychology and Education, 2016.
4. *Filicheva T.B., Tumanova T.V., Soboleva A.V.* Metodika preodoleniya nedostatkov rechi u detei doshkol'nogo vozrasta. Uchebno-metodicheskoe posobie [Technique of overcoming speech impediments in children of preschool age]. Moscow: Publ. V. Sekachev, 2016.
5. *Khomszkaya E.D.* Neiropsikhologiya [Neuropsychology]. Saint Petersburg: Publ. Piter, 2006.
6. *Tsvetkova A.S.* Vosstanovlenie vysshikh psikhicheskikh funktsii [Restoring higher cognitive functions]. Moscow: Publ. Moscow State University, 2004.

### For citation:

Andreeva S.V. Variability in correction and speech therapy work with the children of primary school age with ASD and intellectual disability. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No 3. pp. 16–23. doi: 10.17759/autdd.2017150303

\* *Andeeva Svetlana Vitalievna*, speech therapist, Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of the Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia. E-mail: Andreevasv@mail.ru

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ РАС  
REVIEW OF RESEARCH IN ASD

# Особенности речи при расстройствах аутистического спектра

У.А. Мамохина\*,  
ФГБОУ ВО МГППУ,  
Москва, Россия,  
*uliana.mamokhina@gmail.com*

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

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

Расстройства аутистического спектра — это широкий круг расстройств, сопряженных с аномальным поведением, характеризующихся качественными нарушениями социального взаимодействия, вербальной и невербальной коммуникации, стереотипными паттернами поведения, интересов и активности. Группа расстройств аутистического спектра чрезвычайно разнообразна, в нее входят как тяжелые нарушения развития — классический аутизм Каннера, так и более легкие и даже пограничные расстройства. Специфического лечения для РАС не существует, однако совершенствуются и

разрабатываются новые методики для работы с детьми и взрослыми с расстройствами аутистического спектра, направленные на коррекцию поведенческих и когнитивных нарушений, обучение, развитие и социализацию этих людей. Разработка и применение таких методик требует совместного труда специалистов многих профилей: врачей, психологов, специальных педагогов, дефектологов и других.

Речевое развитие у детей с аутизмом может отличаться от нормативного как количественно (задержка речевого развития, сокращение запаса слов, скудность речи и

**Для цитаты:**

Мамохина У.А. Особенности речи при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 24–33. doi: 10.17759/autdd.2017150304

\* Мамохина Ульяна Андреевна, младший научный сотрудник научной лаборатории Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Россия. E-mail: *uliana.mamokhina@gmail.com*

ограничение в ее использовании), так и качественно (появление эхолалий, нарушение грамматического строя речи, трудности в коммуникативном использовании речи). Качественное нарушение коммуникации является одним из главных диагностических критериев РАС и выявляется почти у всех детей с аутизмом. Исследования особенностей нарушения речи при расстройствах аутистического спектра дают возможности для более тонкой диагностики, а также для направленной коррекции коммуникативных нарушений.

Качественные нарушения коммуникации при аутизме затрагивают как вербальную, так и невербальную коммуникацию. В данной статье рассматриваются особенности устной речи, а также паралингвистических компонентов речи у людей с расстройствами аутистического спектра.

### **Особенности речевого развития при расстройствах аутистического спектра**

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

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

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

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

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

Существуют исследования как подтверждающие данные о том, что развитие речи у детей с аутизмом происходит по той же схеме, что и у других групп детей, так и показывающие различия между речевым развитием в разных группах (дети с ранним детским аутизмом, с синдромом Аспергера, со специфической задержкой речи и нормативно развивающиеся дети). Эти противоречия могут быть связаны с методологическими различиями, различиями в исследуемых выборках (возраст, диагностические критерии для групп, различные группы сравнения), в предлагаемых заданиях и методиках оценки и т.д. [25].

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

витии речи от типично развивающихся детей [6].

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

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

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

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

Механизм, лежащий в основе аутистического регресса, неизвестен. Потенциальные

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

### Особенности экспрессивной речи

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

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

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

- нарушения речи как следствие задержанного развития (косноязычие, физиологическая эхолалия, бедность запаса слов и др.);
- речевые нарушения в связи с задержанным становлением сознания Я в виде неправильного употребления местоимений и глагольных форм;
- речевые нарушения кататонической природы (вербигерации, эхолалии, эгоцентрическая, затухающая, внутренняя речь, мутизм, скандированное, растянутое или ускоренное звукопроизношение, паралингвистические нарушения тональности, темпа, тембра речи и др.);
- речевые феномены вследствие психического регресса (появление речи довербального фонематического уровня);

• расстройства речи, связанные с патологией ассоциативного процесса (нарушения смысловой стороны речи в виде незавершенных, непоследовательных ассоциаций, контаминации и др.).

### Формальные особенности речи детей с РАС

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

Некоторые авторы считают, что эхолалии, как повторения без смысла и видимой цели, являются показателем тяжести расстройства и затрудняют адаптацию. В соответствии с этой парадигмой разрабатываются пути коррекции эхолалий.

В то же время другие исследователи считают эхолалии примитивными попытками сохранить социальный контакт в ситуации, когда ребенок сталкивается с недоступными для него речевыми стимулами, и считают это хорошим прогностическим признаком [10].

В соответствии с этой парадигмой эхолалии могут быть разделены на коммуникативные и некоммуникативные. В то время как некоммуникативные эхолалии не целенаправлены и в большей степени служат ребенку для регуляции своего состояния, получения удовольствия или просто «проверки» слов, коммуникативные эхолалии могут использоваться для сообщения информации, просьбы о помощи, протеста или указания. При этом дети с расстройствами аутистического спектра используют больше коммуникативных эхолалий, чем некоммуникативных [22].

Общая стереотипность, свойственная детям с РАС, представлена в речи не только в виде эхолалий, но и в форме более слож-

ных вербальных ритуалов. Вербальные ритуалы — это фиксированные последовательности высказываний, которые ребенок строит так, будто чувствует принуждение завершить их в определенном порядке. При этом ребенок может не только сам совершать вербальные ритуалы, но и принуждать к этому других. Хотя вербальные ритуалы у аутичных детей напоминают таковые при обсессивно-компульсивном расстройстве, следует различать эти проявления.

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

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

Замену личных местоимений у детей с аутизмом отметил еще Лео Каннер. Действительно, личные местоимения — сложные абстрактные конструкции, которым нельзя научиться через прямую имитацию. Чтобы правильно употреблять личные местоимения, ребенок должен понимать, что в разговоре есть различные роли (говорящий; тот, кому говорят; просто слушатель, третьи лица, о которых говорят), и использование местоимений зависит от роли человека в диалоге. По-видимому, ошибки в использовании местоимений связаны с

задержкой формирования сознания Я [2]. Чувство себя и другого, преодоление детского эгоцентризма, способность к совместному вниманию также являются важными факторами в понимании использования личных местоимений, которые могут быть нарушены у детей с аутистическими расстройствами [21].

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

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

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

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

Модификации и применение языка в зависимости от социального контекста называют прагматическими аспектами речи. Использование интонационных ударений во многом связано с социальным использованием речи. Для того чтобы выделить интонационно какую-либо часть фразы,

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

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

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

Помимо специфических особенностей речи, характерных для аутистических расстройств, дети с аутизмом могут иметь нарушения речи, характерные для задержанного развития речи вообще: меньший активный и пассивный словарь, синтаксические трудности. При этом прослежена связь между синтаксическими и лексическими трудностями. Также показано, что общий профиль этих трудностей (если они имеются) у детей с расстройствами аутистического спектра аналогичен профилю детей с нарушениями речи [16].

## **Особенности, связанные с социальным использованием речи**

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

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

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

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

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

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

## **Особенности понимания речи детьми с РАС**

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

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

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

Существуют данные о связи гипореакции на социальные и несоциальные стимулы с умственным возрастом ребенка с аутизмом. Дети, имеющие низкий умственный возраст, в большей степени демонстрировали отсутствие реакции на стимулы (причем, чаще на социальные)

по сравнению с детьми с задержкой развития и типично развивающимися детьми. Гипореакция на стимулы уменьшалась с возрастом умственного возраста [5]. Гипореакция на социальные и несоциальные стимулы может предопределять более низкое развитие речи и разделенного внимания у детей с аутизмом.

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

## Заключение

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

Развитие речи у детей с аутизмом чаще всего задержано, причем паттерн этой задержки имеет как схожие черты с задержкой речевого развития у детей без аутизма, так и специфические особенности, замет-

ные еще на прелингвистическом уровне. В некоторых случаях в ходе развития речи можно отметить специфический регресс речевых навыков, часто сопровождающийся общим регрессом в развитии ребенка. Причины подобного регресса еще не установлены, однако постоянно возникают различные гипотезы о связи некоторых внешних и внутренних факторов с регрессом.

Среди особенностей экспрессивной речи при расстройствах аутистического спектра принято выделять эхолалии, вербальные ритуалы, использование неологизмов и идиосинкразической речи, неправильное использование личных местоимений и глагольных окончаний. Речь людей с аутистическими расстройствами может быть необычной и по своим паралингвистическим компонентам: интонации, темпу, ритму и громкости.

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

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

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

## Литература

1. *Апте Ф.* Введение в психологическую теорию аутизма. М.: Теревинф, 2006.
2. *Башина В.М., Симашкова Н.В.* К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с синдромом детского аутизма // Исцеление: Альманах. М., 1993. Вып. 1. С. 154–160.
3. *Гаврилушкина О.П., Малова А.А., Панкратова М.В.* Проблемы социальной и коммуникативной компетентности дошкольников и младших школьников с трудностями в общении [Электронный

- ресурс] // Современная зарубежная психология. 2012. Т. 1. № 2. С. 5–16. URL: <http://psyjournals.ru/jmfp/2012/n2/52248.shtml> (дата обращения: 07.11.2016)
4. Манелис Н.Г. Ранний детский аутизм: психологические и нейропсихологические механизмы // Школа здоровья. 1999. № 2. С. 6–22.
  5. Baranek G.T., Watson L.R., Boyd B.A., Poe M.D., David F.J., McGuire L. Hyporesponsiveness to social and nonsocial sensory stimuli in children with autism, children with developmental delays, and typically developing children // *Dev Psychopathol.* 2013. May; 25 (2): 307–20.
  6. Charman T., Drew A., Baird C., Baird G. Measuring early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur Communicative Development Inventory (Infant Form) // *J Child Lang.* 2003. Feb. 30 (1):213–36.
  7. De Giacomo A., Portoghese C., Martinelli D., Fanizza I., L'abate L., Margari L. Imitation and communication skills development in children with pervasive developmental disorders // *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2009. 5:355–62.
  8. DePape A.R., Chen A., Hall G.B., Trainor L.J. Use of prosody and information structure in high functioning adults with Autism in relation to language ability // *Front. Psychol.*, 26 March. 2012.
  9. DePape A.M., Hall G.B., Tillmann B., Trainor L.J. Auditory processing in high-functioning adolescents with Autism Spectrum Disorder // *PLoS One.* 2012; 7 (9):e44084.
  10. Dobbins S., Perkins M., Boucher J. The interactional significance of formulas in autistic language // *Clin Linguist Phon.* 2003 Jun-Aug.; 17 (4–5):299–307.
  11. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders // *Pediatr Res.* 2009.
  12. Gomes E., Pedroso F.S., Wagner M.B. Auditory hypersensitivity in the autistic spectrum disorder // *Pro Fono.* 2008 Oct–Dec. 20 (4):279–84.
  13. Johnson C.P., Myers S.M. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders // *Pediatrics* Vol. 120. No. 5 November 1. 2007. pp. 1183–1215.
  14. Lee A., Hobson R.P., Chiat S. I, you, me, and autism: an experimental study // *J Autism Dev Disord.* 1994 Apr. 24 (2):155–76.
  15. McCann J., Peppe S. Prosody in autism spectrum disorders: a critical review // *Int J Lang Commun Disord.* 2003 Oct–Dec.; 38(4):325–50
  16. McGregor K.K., Berns A.J., Owen A.J., Michels S.A., Duff D., Bahnsen A.J., Lloyd M. Associations Between Syntax and the Lexicon Among Children With or Without ASD and Language Impairment // *J Autism Dev Disord.* 2012 January ; 42(1): 35–47
  17. McLaughlin M. Speech and Language Delay in Children // *Am Fam Physician.* 2011;83(10):1183–1188
  18. Newschaffer C.J., Croen L.A., Daniels J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders // *Annu Rev Public Health* 2009 28: 235–58.
  19. Ozonoff S., Heung K., Byrd R., Hansen R., Hertz-Picciotto I. The Onset of Autism: Patterns of Symptom Emergence in the First Years of Life // *Autism Res.* 2008 December ; 1(6): 320–328
  20. Paul R., Augustyn A., Klin A., Volkmar F.R. Perception and Production of Prosody by Speakers with Autism Spectrum Disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 35, No. 2, April 2005
  21. Ricard M., Girouard C.P., Gouin-Decarie T. Personal pronouns and perspective taking in toddlers // *Journal of Child Language*, 1999, 26, 681–697
  22. Saad A.G., Goldfeld M. Echolalia in the language development of autistic individuals: a bibliographical review // *Pro Fono.* 2009 Jul–Sep;21(3):255–60
  23. Schoen E., Paul R., Chawarska K. Phonology and Vocal Behavior in Toddlers with Autism Spectrum Disorders // *Autism Res.* 2011 June ; 4(3): 177–188
  24. Volden J., Lord C. Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers // *J Autism Dev Disord.* 1991 Jun;21(2):109–30
  25. Weismer S.E., Gernsbacher M.A., Stronach S., Karasinski C., Eernisse E.R., Venker C.E., Sindberg H. Lexical and Grammatical Skills in Toddlers on the Autism Spectrum Compared to Late Talking Toddlers // *J Autism Dev Disord.* 2011 August ; 41(8): 1065–1075

## Speech features in autism spectrum disorders

U.A. Mamokhina\*,

Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia,  
*uliana.mamokhina@gmail.com*

The article describes the features of speech development and functioning of people with autism spectrum disorders on the basis of foreign and Russian research in this field. The characteristic features of expressive speech in autism, uniqueness of communicative use and speech perception in connection with the peculiarities of perception of sensory stimuli are considered.

**Keywords:** autism, autism spectrum disorders, speech development, expressive speech, impressive speech, verbal communication.

### References

1. *Appe F.* Vvedenie v psikhologicheskuyu teoriyu autizma [Introduction to psychological theory of autism]. Moscow: Publ. Terevinf, 2006.
2. *Bashina V.M., Simashkova N.V.* K osobennostyam korrektsii rechevykh rasstroystv u bol'nykh s sindromom detskogo autizma [On the specifics of correcting speech disorders in autistic children]. *Istselenie: Al'manakh [Healing: Almanac]*. Moscow, 1993, vol. 1, pp. 154–160.
3. *Gavrilushkina O.P., Malova A.A., Pankratova M.V.* Problemy sotsial'noi i kommunikativnoi kompetentnosti doshkol'nikov i mladshikh shkol'nikov s trudnostyami v obshchenii [Elektronnyi resurs] [Problems of social and communicative incompetence of preschool and early school age children with communication difficulties]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Modern foreign psychology]*, 2012, vol. 1, no. 2, pp. 5–16. URL: <http://psyjournals.ru/jmfp/2012/n2/52248.shtml> (retrieved 07.11.2016)
4. *Manelis N.G.* Rannii detskii autizm: psikhologicheskie i neiropsikhologicheskie mekhanizmy [Canner's syndrome: psychological and neuropsychological mechanisms]. *Shkola zdorov'ya [School of health]*, 1999, no. 2, pp. 6–22.
5. *Baranek G.T., Watson L.R., Boyd B.A., Poe M.D., David F.J., McGuire L.* Hyporesponsiveness to social and nonsocial sensory stimuli in children with autism, children with developmental delays, and typically developing children. *Dev Psychopathol.* 2013. May; 25 (2): 307–20.
6. *Charman T., Drew A., Baird C., Baird G.* Measuring early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur Communicative Development Inventory (Infant Form). *J Child Lang.* 2003. Feb. 30 (1):213–36.
7. *De Giacomo A., Portoghese C., Martinelli D., Fanizza I., L'abate L., Margari L.* Imitation and communication skills development in children with pervasive developmental disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2009. 5:355–62.
8. *DePape A.R., Chen A., Hall G.B., Trainor L.J.* Use of prosody and information structure in high functioning adults with Autism in relation to language ability. *Front. Psychol.*, 26 March. 2012.
9. *DePape A.M., Hall G.B., Tillmann B., Trainor L.J.* Auditory processing in high-functioning adolescents with Autism Spectrum Disorder. *PLoS One.* 2012; 7 (9):e44084.
10. *Dobbinson S., Perkins M., Boucher J.* The interactional significance of formulas in autistic language. *Clin Linguist Phon.* 2003 Jun-Aug; 17 (4–5):299–307.
11. *Fombonne E.* Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res.* 2009.

#### For citation:

Mamokhina U.A. Speech features in autism spectrum disorders. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No 1. pp. 24–33. doi: 10.17759/autdd.2017150304

\* *Mamokhina Ulyana Andreevna*, Junior Researcher, research laboratory of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of the Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE), Moscow, Russia. E-mail: *uliana.mamokhina@gmail.com*

12. *Gomes E., Pedroso F.S., Wagner M.B.* Auditory hypersensitivity in the autistic spectrum disorder. *Pro Fono*. 2008 Oct–Dec. 20 (4):279–84.
13. *Johnson C.P., Myers S.M.* Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics* Vol. 120. No. 5 November 1. 2007. pp. 1183–1215.
14. *Lee A., Hobson R.P., Chiat S.* I, you, me, and autism: an experimental study. *J Autism Dev Disord*. 1994 Apr. 24 (2):155–76.
15. *McCann J., Peppe S.* Prosody in autism spectrum disorders: a critical review. *Int J Lang Commun Disord*. 2003 Oct–Dec.; 38 (4):325–50
16. *McGregor K.K., Berns A.J., Owen A.J., Michels S.A., Duff D., Bahnsen A.J., Lloyd M.* Associations Between Syntax and the Lexicon Among Children With or Without ASD and Language Impairment // *J Autism Dev Disord*. 2012 January ; 42(1): 35–47
17. *McLaughlin M.* Speech and Language Delay in Children // *Am Fam Physician*. 2011;83(10):1183–1188
18. *Newschaffer C.J., Croen L.A., Daniels J. et al.* The epidemiology of autism spectrum disorders // *Annu Rev Public Health* 2009 28: 235–58.
19. *Ozonoff S., Heung K., Byrd R., Hansen R., Hertz-Picciotto I.* The Onset of Autism: Patterns of Symptom Emergence in the First Years of Life // *Autism Res*. 2008 December ; 1(6): 320–328
20. *Paul R., Augustyn A., Klin A., Volkmar F.R.* Perception and Production of Prosody by Speakers with Autism Spectrum Disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 35, No. 2, April 2005
21. *Ricard M., Girouard C.P., Gouin-Decarie T.* Personal pronouns and perspective taking in toddlers // *Journal of Child Language*, 1999, 26, 681–697
22. *Saad A.G., Goldfeld M.* Echolalia in the language development of autistic individuals: a bibliographical review // *Pro Fono*. 2009 Jul–Sep;21(3):255–60
23. *Schoen E., Paul R., Chawarska K.* Phonology and Vocal Behavior in Toddlers with Autism Spectrum Disorders // *Autism Res*. 2011 June ; 4(3): 177–188
24. *Volden J., Lord C.* Neologisms and idiosyncratic language in autistic speakers // *J Autism Dev Disord*. 1991 Jun;21(2):109–30
25. *Weismer S.E., Gernsbacher M.A., Stronach S., Karasinski C., Eernisse E.R., Venker C.E., Sindberg H.* Lexical and Grammatical Skills in Toddlers on the Autism Spectrum Compared to Late Talking Toddlers // *J Autism Dev Disord*. 2011 August ; 41(8): 1065–1075

УЧЕБНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ  
MANUALS

**Развитие когнитивных процессов  
у детей младшего школьного возраста  
с разными типами онтогенеза  
Коррекционный курс<sup>1</sup>. Раздел 2**

**М.Ю. Максименко\***,  
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет  
им. М.В. Ломоносова»,  
Москва, Россия,  
*vladmaks@yandex.ru*

**Л.Г. Шаль\*\***,  
ФГБОУ ВО «Российский государственный  
гуманитарный университет»,  
Москва, Россия,  
*lyuc.psy@gmail.com*

Раздел 2 коррекционного курса представляет задания на развитие и формирование у детей младшего школьного возраста познавательных универсальных учебных действий: зрительного восприятия, двигательной сферы, пространственных представлений, речи. Предлагаются упражнения для обучения детей, чтению, в том числе глобальному, на развитие памяти, мыслительных процессов, на обучение счету и счетным операциям.

**Для цитаты:**

*Максименко М.Ю., Шаль Л.Г.* Развитие когнитивных процессов у детей младшего школьного возраста с разными типами онтогенеза. Коррекционный курс. Раздел 2 // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 34–47. doi: 10.17759/autdd.2017150305

\* *Максименко Марина Юльевна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории нейропсихологии факультета психологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия. E-mail: vladmaks@yandex.ru

\*\* *Шаль Людмила Георгиевна*, старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии факультета медицинской психологии Института психологии им. Л.С. Выготского Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский государственный гуманитарный университет», Москва, Россия. E-mail: lyuc.psy@gmail.com

<sup>1</sup> Продолжение. Начало см. в № 1 (54), 2017 г.

**Ключевые слова:** младший школьный возраст, универсальные учебные действия, развитие, когнитивные процессы.

#### Благодарность

Авторы выражают искреннюю благодарность за помощь, оказанную в подготовке материалов программы, студенту МГППУ **Ворончихину Максиму Федоровичу**.

Когнитивные процессы являются базовой основой психической деятельности, поскольку обеспечивают операциональную сторону всех высших психических функций: зрительного восприятия, моторных и пространственных функций, памяти, речи и мышления. Вся учебная деятельность детей реализуется с опорой на соответствующие функции. Отставание в развитии даже отдельных составляющих при нормальном онтогенезе приводит к трудностям в усвоении конкретного учебного материала. При различных вариантах дизонтогенеза (нарушениях развития) отчетливая несформированность психических функций в разной степени приводит к выраженным трудностям усвоения общеобразовательной программы (Л.С. Выготский, П.Я. Гальперин, Т.В. Ахутина, С.Г. Шевченко).

Предлагаемый коррекционный курс предполагает целенаправленную работу над конкретными звеньями высших психических функций у детей, формирование которых обеспечивает полноценное усвоение учебного материала. Представленные задания, направленные на развитие конкретной психической функции, выстроены с учетом логики усложнения психической деятельности [11].

## Раздел 2. Развитие и формирование познавательных универсальных учебных действий

Развитие зрительного восприятия предметных изображений в сенсibilизированных условиях, активности и стратегии зрительного восприятия и актуализация зрительных образов.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
Зрительное восприятие	Идентификация зрительных изображений	5 минут	<b>Упражнение № 1</b> Подбор предметных изображений к стилизованному схематическому варианту. Гностическая сложность образов варьируется по частотности и перцептивной сложности.
		5 минут	<b>Упражнение № 2</b> Опознавание стилизованных схематических изображений.
	Нахождение недостающих и составляющих частей образа	10–15 минут	<b>Упражнение № 3</b> Поиск недостающих деталей с последующим их объяснением на изображениях предметов и букв.
	Перцептивное моделирование	10–15 минут	<b>Упражнение № 4</b> Нахождение половинок симметричных объектов с варьированием степени сложности образов и составных частей.
	Опознавание изображений в усложненных условиях	10 минут	<b>Упражнение № 5</b> Наложённые перечеркнутые фигуры. Модифицированный вариант предполагает опознание, называние и обведение каждой из нескольких фигур в отдельности [4].
			<b>Упражнение № 6</b> Перепутанные линии: поиск каждой из нескольких перепутанных линий, связывающих один образ с другим.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
		10 минут	<b>Упражнение № 7</b> Нахождение и выделение целостного образа, состоящего из геометрических фигур или деталей.
Активность зрительного восприятия	Стратегия зрительного анализа сюжетных изображений	10 минут	<b>Упражнение № 8</b> Поиск отличий двух сюжетных изображений на основе формирования аналитической стратегии восприятия с последующей вербализацией местоположения найденных отличий

Развитие двигательной сферы: а) развитие тонкой моторики (дающей возможности точного выполнения движений), дифференцированных положений пальцев рук, развитие мелкой мускулатуры пальцев рук;

б) развитие плавности, переключаемости и точности движения; в) повышение общей подвижности ребенка; г) развитие произвольной регуляции движений и моторного программирования.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
Тонкая моторика: возможность точного выполнения движений, дифференцировки положения пальцев рук		3 минуты	<b>Вначале маркируется левая рука.</b> <b>Упражнение № 1</b> Пальчиковая гимнастика.
		10 минут	<b>Упражнение № 2</b> Мешочек с буквами: поиск и называние найденных в мешочке предметов, в более сложном варианте — букв и цифр попеременно ведущей и неведущей руками.
		15 минут	<b>Упражнение № 3</b> Работа с пластилином: создание по инструкции психолога фигур, букв и цифр в объемном и плоскостном варианте.
		10 минут	<b>Упражнение № 4</b> Шнуровки на предметных изображениях и составление узоров.
		20–25 минут	С введением разного уровня моторного программирования. <b>Упражнение № 5</b> Оригами: складывание из листа бумаги различных фигур
Моторное программирование		5 минут	<b>Упражнение № 6</b> Работа за столом, ориентация на листе бумаги, выполнение по инструкции психолога различных линий и составление полимодального образа [12].
		10 минут	<b>Упражнение № 7</b> Продолжение заданного образца ряда невербализуемых фигур с переключением внимания на цвет, форму, размер.
		5 минут	<b>Упражнение № 8</b> Графическая проба «Забор», модифицированный вариант.
		5 минут	<b>Упражнение № 9</b> Выстраивание по речевой инструкции ряда геометрических фигур (методика «Учимся считать»). Усложнённый вариант: выполнение аналогичного задания в графической форме.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 10</b> Наложённые фигуры. Модифицированный вариант заключается в смене при обведении цветов карандашей (фломастеров). Выполняется на материале <i>упражнения № 5</i> в разделе «Зрительное восприятие».

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
		0–15 минут	<b>Упражнение № 11</b> Воспроизведение образца по принципам дополнения образа до симметричного в системе координат: лево — право, верх — низ.
Зрительно-моторная координация		3 минуты	<b>Упражнение № 12</b> Глазодвигательные упражнения. Произвольные движения глаз за лазерной указкой или на основе речевой программы по инструкции психолога.
		10 минут	<b>Упражнение № 13</b> Воспроизведение моторного образа программы с фиксацией основных элементов (точек) на основе их зрительно-пространственного расположения.
		5–10 минут	<b>Упражнение № 14</b> Копирование схематизированных изображений

Развитие пространственных представлений, формирование: а) устойчивых координат («право — лево», «верх — низ»); б) сомато-пространственного гнозиса.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
Пространственные процессы. Задания от простого к сложному на материале телесного пространства, окружающего предметного мира и на основе графического представления о пространственном расположении предметов и объектов	Телесное пространство	10 минут	<b>Сначала маркируется левая рука с помощью яркого браслета или цветной резинки.</b> <b>Упражнение № 1</b> Выполнение по инструкции педагога телесно-ориентированных движений; следующий этап — повторение за педагогом движений с перешифровкой «лево — право», «верх — низ», «вертикально — горизонтально» сначала с развёрнутой речевой инструкцией, которая сворачивается по мере правильного выполнения ребенком движений.
		5 минут	<b>Упражнение № 2</b> Осуществление на речевом уровне поэлементного анализа поз педагога и последующее поэлементное выполнение с опорой на речь (проговаривание).
		10 минут	<b>Упражнение № 3</b> Выполнение педагогом пространственных движений при самостоятельном формировании ребенком инструкции; функцию контроля выполняет сам ученик.
	Окружающий предметный мир	10–15 минут	<b>Упражнение № 4</b> Освоение внешнего пространства комнаты. Задание: по инструкции педагога исследовать пространство кабинета, классной комнаты, коридора и пространственно расположенные в них предметы с помощью речевой инструкции «поворот налево — направо; вперед — назад».
		10–15 минут	<b>Упражнение № 5</b> Освоение рабочего пространства стола с отработкой понятий: «право — лево», «над — под», «за — перед».

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
	Графическое представление пространственного расположения предметов и объектов	5 минут	<b>Упражнение № 6</b> Отработка и закрепление понятий «центр», «край листа», «право - лево» и «верх — низ» на материале геометрических фигур.
		10 минут	<b>Упражнение № 7</b> Работа с трафаретами: животных, насекомых, фруктов и с тематическими трафаретами (например, «Новый год»). Задание: расположить и обвести фигуры в соответствии с заданной программой (в левую или правую сторону, вверху, внизу).
		5–10 минут	<b>Упражнение № 8</b> Отработка и закрепление понятий «центр», «край листа», «право — лево», «верх — низ», «левее — правее», «выше — ниже». По инструкции, в которой задается пространственное положение объектов, нарисовать на листе бумаги геометрические фигуры, буквы, цифры. Количество объектов варьируется с тенденцией к их постепенному увеличению.
		5–10 минут	<b>Упражнение № 9</b> Отработка и закрепление понятий «право — лево» на предметных изображениях.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 10</b> Методика «Графические диктанты». Варьируется размер клеток от увеличенного к стандартному и образцы от простых к сложным (упор делается на количество переключений) [24].
		10–15 минут	<b>Упражнение № 11</b> Работа с кубиками Никитина с выстраиванием стратегии конструирования и отработки последовательности.
		10 минут	<b>Упражнение № 12</b> Работа с часами: определение времени по аналоговым часам, закрепление понятий «минута», «час». Сначала работа идет с использованием пронумерованного циферблата. Усложненный вариант: определение времени по «слепым» часам путем постановки стрелок или с обозначением цифрами пронумерованного циферблата. Усложнение: определить время по слепым часам путем расстановки стрелок или обозначив цифрами их положение.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 13</b> Палочковый тест Гольдштейн-Ширера, модифицированный вариант [13]. Данная методика направлена на развитие конструктивного праксиса. Ученик по образцу воспроизводит из счетных палочек различные фигуры.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 14</b> Танграм: развитие у детей пространственных представлений, элементов геометрического воображения, выработка практических умений в составлении новых фигур путем присоединения одной из них к другой. Заключается в составлении фигуры по образцу

Развитие речи предполагает расширение активного словарного запаса, а именно: существительных, глаголов и прилагательных, обеспечивающих составление фразы, ее связность и струк-

турированность, а также формирование развернутого речевого высказывания с использованием логико-грамматических конструкций и связующих элементов (союзов).

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
Речь	Актуализация словарного запаса	10 минут	<b>Упражнение № 1</b> Актуализация слов -названий представителей животного мира, растений и предметов различных категорий
		10–15 минут	<b>Упражнение № 2</b> Актуализация глаголов к существительным, составление глагольных сеток. С развернутой (с использованием наглядных представлений) и со свернутой инструкцией.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 3</b> Актуализация прилагательных к существительным.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 4</b> Избирательная актуализация глаголов, адекватных содержанию фразы (вставить пропущенные глаголы).
		10–15 минут	<b>Упражнение № 5</b> Избирательная актуализация прилагательных, адекватных содержанию фразы (вставить пропущенные прилагательные) [8].
		10–15 минут	<b>Упражнение № 6</b> Подбор антонимов к существительным, глаголам и прилагательным.
		20 минут	<b>Упражнение № 7</b> Методика «Пирамида». [20]. Подбор прилагательных, противоположных по смыслу.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 8</b> Кроссворды.
		20 минут	<b>Упражнение № 9</b> Подбор слов -наименований, отражающих личностные и профессиональные качества людей, с опорой на картиночный материал и по памяти. Составление двух типов «сеток»: качества – профессия и профессия – качества.
Фразовая речь		20 минут	<b>Упражнение № 10</b> Методика «Речевое домино» <sup>2</sup> . Составление фразы на основе «сложения» двух объектов, одного предмета и одного сюжета. С последующим усложнением зрительно воспринимаемого материала и с изменением длины фразы.
		20 минут	<b>Упражнение № 11</b> Составление фраз с установлением причинно-следственных отношений. Методика «Речевое домино», варианты «Почемучка?», «Чувства».
		10–15 минут	<b>Упражнение № 12</b> Составление предложений из отдельных слов. Усложненный вариант: отсутствие модификаций окончаний.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 13</b> Составление предложений из слов с опорой на сюжетную картинку и их серии.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 14</b> Составление фразы по набору букв, обозначающих начало слова.
		5–10 минут	<b>Упражнение № 15</b> Продолжение фразы, фиксирующей конкретные жизненные события.

<sup>2</sup> Краткое изложение методики «Речевое домино» впервые публикуется в настоящем пособии.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
	Формирование развернутого речевого высказывания		<p><b>Упражнение № 16</b> Составление рассказа по серии сюжетных картинок. Усложненный вариант: придумать события, предшествовавшие сюжету и последующие за ним [22].</p> <p><b>Упражнение № 17</b> Продолжение и завершение истории по заданному началу.</p> <p><b>Упражнение № 18</b> Составление целостного текста из разрозненных предложений.</p> <p><b>Упражнение № 19</b> Задание: расскажи о событиях твоей жизни и жизни твоей семьи.</p> <p><b>Упражнение № 20</b> Пересказ текста по плану, составленному самостоятельно и совместно с педагогом-психологом.</p>
	<p>Логико-грамматические конструкции</p> <p>1. Понимание и использование предлогов.</p> <p>2. Сравнительные конструкции, понимание и оперирование.</p> <p>3. Определение последовательности событий</p>	<p>10–15 минут</p> <p>10–15 минут</p> <p>10–15 минут</p> <p>10–15 минут</p>	<p><b>Упражнение № 21</b> Вставить в предложение пропущенные предлоги с опорой на сюжетные картинки.</p> <p><b>Упражнение № 22</b> Понимание предлогов на предметном материале и геометрических фигурах в разном пространственном расположении: в плоскостном и объемном (квадрат под кругом).</p> <p><b>Упражнение № 23</b> Модифицированный вариант теста Бине [1]. Нахождение объекта в условиях двойного сравнения.</p> <p><b>Упражнение № 24</b> Установление последовательности событий с выделением опорных слов, отражающих временные отношения между событиями</p>

При коррекционной работе основной акцент делается на глобальном чтении и выработке аналитического компонента при

чтении слогов, слов и предложений. Работа с послоговым чтением и чтением слов осуществляется логопедами.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
Чтение	Глобальное чтение	5–10 минут	<b>Упражнение № 1</b> Подбор ребенком наиболее частотных слов (чай, молоко, кино, магазин, кот и др.).
	Чтение аналитическое звуко-буквенное	<p>5–10 минут</p> <p>15–20 минут</p> <p>5–10 минут</p>	<p><b>Упражнение № 2</b> Нахождение слов, замаскированных в ряду букв.</p> <p><b>Упражнение № 3</b> Нахождение в буквенной сетке конкретных слов, имеющих разное пространственное расположение: по горизонтали, вертикали и диагонали.</p> <p><b>Упражнение № 4</b> Запоминание букв с наглядно-образным опосредованием (Ф – Фонарь).</p>

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
		5–10 минут 5–10 минут	<b>Упражнение № 5</b> Разделение слитного текста на слова и предложения. <b>Упражнение № 6</b> Чтение слов в условиях сенсibilизированной представленности букв

Развитие памяти предполагает опору на полимодальный способ запоминания (зрительно-вербально-моторный) и направлено на прочное усвоение различных образов, букв, цифр, геометрических фигур. Особое

внимание уделяется расширению объема активного запоминания, использованию различных стратегий и способов запоминания с включением мотивационного компонента.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
Произвольная память	Зрительная память	10 минут	<b>Упражнение № 1</b> Запоминание предметных изображений, графических фигур и их количества с последующим узнаванием или воспроизведением.
		10 минут	<b>Упражнение № 2</b> Запоминание опорных элементов предметных образов с последующим воспроизведением
	Опосредованное запоминание	15 минут	<b>Упражнение № 3</b> Модифицированный вариант методики «Пиктограмма». Модификация заключается в формировании понятия символ с использованием конкретных образов и обобщенных понятий.
		10 минут	<b>Упражнение № 4</b> Методика «Логический поезд» [16]
	Зрительно-пространственная память	10 минут	<b>Упражнение № 5</b> Запоминание расположения геометрических фигур, букв и цифр. Варьируется их количество и местоположение.
		15–20 минут	<b>Упражнение № 6</b> Методика «Парочки» [19]. Запоминание отдельных изображений, их местоположения, с последующим нахождением пар картинок.
		10 минут	<b>Упражнение № 7</b> Воспроизведение программы выполнения фигур из кубиков Кооса на других цветах

Развитие мыслительных процессов предполагает работу с различными формами мышления: наглядно-образным, вербально-логическим, дискурсивным и конструктивным. Развитие наглядно-образного мышления направлено на выделение существенных элементов, установление между ними связей, выдвижение гипотез и установление причинно-следственных отношений происходящих событий. В вербально-логическом мышлении развиваются возможности выделения категориальных различий и сходств, а так-

же осуществления вербальных обобщений. В дискурсивном мышлении акцент делается на развитие способности анализировать условия задачи и ее составные элементы, находить необходимые операции и выстраивать последовательную цепь промежуточных операций для правильного конечного решения. Развитие конструктивного мышления предполагает формирование возможностей анализировать пространственную структуру образца, выделять части и вновь создавать целостный пространственный образ.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
Мыслительные процессы	Наглядно-образное мышление	15 минут	<b>Упражнение № 1</b> Методика В.А. Ковшикова [15]. Задание на понимание смысла серий картинок, в которых представлены бытовые сюжеты. Варьируется количество картинок сюжетов.
		15 минут	<b>Упражнение № 2</b> Н.Э. Радлов «Рассказы в картинках» [22]. Задание на понимание смысла серий сюжетных картинок. Варьируется количество картинок и сюжетов.
		15 минут	<b>Упражнение № 3</b> Методика «Что за чем и почему?» Г.С. Кагарлицкой [14]. Раздел «Расскажи историю». Составление рассказа по сериям сюжетных картинок, где задания варьируются от простых сюжетов к сюжетам со скрытым смыслом и юмором. <b>Упражнение № 4</b> Рисунок по рассказу с прорисовыванием значимых элементов сюжета и отражением последовательности событий.
	Вербально-логическое мышление	10 минут	<b>Упражнение № 5</b> Формирование обобщающих понятий («назови одним словом») о различных категориях представителей животного мира, растений и предметов.
		10 минут	<b>Упражнение № 6</b> Формирование обобщающих понятий — «часть — целое» и «целое — часть»; усложненный вариант — «общее — частное».
		10 минут	<b>Упражнение № 7</b> Формирование противоположных понятий на материале существительных, глаголов и прилагательных.
		15 минут	<b>Упражнение № 8</b> Формирование понимания рядоположенности [8].
		10 минут	<b>Упражнение № 9</b> Формирование понятий по принципу функциональности.
		10 минут	<b>Упражнение № 10</b> Формирование операций анализа и синтеза. Методика «Третий, или четвертый, или пятый лишний» на картиночном и вербальном материале [23].
		10 минут	<b>Упражнение № 11</b> Формирование причинно-следственной связи: «что сначала, что потом».
		5 минут	<b>Упражнение № 12</b> Формирование причинно-следственной связи: «причина — следствие».
		15—20 минут	<b>Упражнение № 13</b> Нахождение вербализуемых различий (для сравнения используются сюжетные картинки; сначала на них мало объектов, и самые простые различия: наличие/отсутствие деталей, изменение цвета, формы, количества).
		15 минут	<b>Упражнение № 14</b> Понимание значения метафор и фразеологизмов, обсуждение их использования в коммуникации и литературе.
		10—15 минут	<b>Упражнение № 15</b> Методика Г. Айзенка, модифицированный вариант [2]. Выделение сравнительных признаков изображений с последующим дорисовыванием недостающего образа.
		15 минут	<b>Упражнение № 16</b> Решение логических задач на вербальном материале с опорой на наглядную схему решения.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
		15–20 минут	<b>Упражнение № 17</b> Нахождение отличительных признаков профессий и личностных качеств, соответствующих различным профессиям; выбор качеств из предложенного списка. Обсуждение значения качеств.
	Дискурсивное мышление	20 минут	<b>Упражнение № 18</b> Решение арифметических задач по программе Т.В. Ахутиной, И.О. Камардиной, Н.М. Пылаевой [7].
		20 минут	<b>Упражнение № 19</b> Решение задач с неполными условиями.
		20 минут	<b>Упражнение № 20</b> Решение задач с абсурдными условиями.
	Конструктивное мышление	10 минут	<b>Упражнение № 21</b> Методика на развитие конструктивного праксиса, модификация [23]. Перешифровка невербализуемых фигур, варианты «лево или право», «верх или низ» и одновременно «лево – право, верх – низ». Варьируется степень сложности стимульного материала. От развернутой к свернутой вербализованной программе.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 22</b> Кубики Б.П. Никитина (Кооса). Конструирование по образцу из разноцветных кубиков.
		10 минут	<b>Упражнение № 23</b> Конструирование по образцу из объемных геометрических фигур.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 24</b> Модифицированная методика Ж. Пиаже «Представление о перемещении улитки» [17]. Формирование представлений о местоположении и взаимном расположении частей тела улитки при движении по кругу.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 25</b> Методика «Сохранение кругового порядка». Расположение последовательного сохранения порядка при изменении местоположения точки отсчета. <b>Упражнение № 26</b> Методика Г. Айзенка [2].
		10 минут	Выделение лишнего изображения из предложенных по пространственным параметрам на основе кругового порядка

Обучение счету на первых этапах предполагает закрепление образа цифр и их соотношения с количеством, формирование понятия разрядного строения

числа. В последующем осуществляется закрепление счетных операций с постепенным их усложнением и автоматизацией.

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
Число, счет и счетные операции	Число	5 минут	<b>Упражнение № 1</b> Закрепление образа цифры в сенсibilизированных условиях.
		10 минут	<b>Упражнение № 2</b> Закрепление соотношения числа и количества. Методика «Школа внимания» [6].
		5–10 минут	<b>Упражнение № 3</b> Закрепление образа римских цифр. Методика «Школа внимания» [6].

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
		15–20 минут	<b>Упражнение № 4</b> Понятие разрядов (в соответствии с учебной программой). Закрепление разрядного строения числа.
	Счетные операции	10–15 минут	<b>Упражнение № 5</b> Нахождение суммы двух чисел, равной 10, из сетки цифр.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 6</b> Методика «Математическая Пирамида» [18].
		10–15 минут	<b>Упражнение № 7</b> Методика «Продолжи ряд» [1]. Нахождение программы с использованием математических действий и продолжение дискретного числового ряда с применением найденной программы.
		15–20 минут	<b>Упражнение № 8</b> Счетные аналогии: с увеличением объема счетных операций (от 3 и более).
		10–15 минут	<b>Упражнение № 9</b> Последовательное выполнение счетных операций на сложение и вычитание, вариация методики «Серийный счет» [1]. В устной и письменной форме.
		15 минут	<b>Упражнение № 10</b> Методика «Школа умножения» Н.М. Пылаевой, Т.В. Ахутиной [5]

Развитие письма в начале работы направлено на закрепление зрительно-пространственного образа букв, звуко-бук-

венный анализ и закрепление правил русского языка на уровне слов и предложений. ■

Функции	Темы	Время выполнения упражнения	Основное содержание работы
Письмо	Самостоятельное письмо	10 минут	<b>Упражнение № 1</b> Закрепление образа букв: печатных, строчных и прописных.
		10 минут	<b>Упражнение № 2</b> Закрепление и написание слов на основе звуко-буквенного анализа.
		10 минут	<b>Упражнение № 3</b> Усложнение материала, актуализация слов с опорой на внешнюю структуру. Методика «Кроссворды» выполняется на материале <b>Упражнения № 8</b> в разделе «Речь».
		10 минут	<b>Упражнение № 4</b> Закрепление правил оформления предложения (заглавные буквы, запятые, точки) и границ предложения.
	Правила русского языка	10–15 минут	<b>Упражнение № 5</b> Закрепление правил на безударные гласные, согласные, двойные согласные, окончания и приставки
Навыки контроля	Контроль	10–15 минут	<b>Упражнение № 6</b> Формирование навыков контроля при зрительном восприятии печатного материала.
		10–15 минут	<b>Упражнение № 7</b> Формирование навыков контроля при воспроизведении зрительно воспринимаемого рукописного материала

*Продолжение читайте в следующих номерах журнала.*

### Литература

1. Агафонова И.Н. Учимся думать. Сборник занимательных логических задач, тестов и упражнений. Уч. пособие. СПб.: «МиМ-Экспресс», 1996. 96 с.
2. Айзенк Г. Проверь свои способности. М.: Мир, 1972. 177 с.
3. Ахутина Т.В. Дети с трудностями учения // Начальная школа: плюс, минус, 2000. № 212. С. 20–25.
4. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Диагностика развития зрительно-вербальных функций. М.: ИЦ «Академия», 2003. 64 с.
5. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Школа умножения. Методика развития внимания у детей 7–9 лет. М.: Теревинф, Генезис, 2006. 16 с.
6. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Школа внимания. Методика развития внимания у детей 5–7 лет. 4-е изд. СПб.: Питер, 2008. 112 с.
7. Ахутина Т.В., Камардина И.О., Пылаева Н.М. Нейропсихолог в школе. Пособие для педагогов, школьных психологов и родителей. М.: В. Секачев, 2012. 48 с.
8. Акимова М.К., Козлова В.Т. Психологическая коррекция умственного развития школьника. М.: Академия, 2000. 160 с.
9. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 томах. Т. 2. М.: Педагогика, 1982. С. 174.
10. Выготский Л.С. Проблема развития и распада высших психических функций / Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995. С. 404–418.
11. Гальперин П.Я. О формировании умственных действий и понятий // Культурно-историческая психология, 2010. № 3. С. 111–114.
12. Егунова М.Г. Веселая разминка. Арт-терапевтические упражнения. М.: Изд-во РООИ «Ковчег», 2010. 23 с.
13. Исаев Д.Н. Психиатрия детского возраста. Психопатология развития. СПб.: СпецЛит, 2014. 469 с.
14. Кагарлицкая Г.С. Что за чем и почему? Комплект коррекционно-развивающих материалов для работы с детьми от 4 лет. М.: Генезис, 2011. 32 с.+ (34 л.).
15. Ковшиков В.А. Серии сюжетных картинок: Пособие для развития связной речи. СПб.: Нива, 1996. 12 с.
16. Логический поезд (Умные игры). Екатеринбург: Центр ИНВАСС Детское народное издательство «Витаминка», 2000.
17. Манелис Н.Г. Развитие оптико-пространственных функций в онтогенезе // Школа здоровья, 1997. № 3. Т. 4. С. 25–37.
18. Математическая Пирамида. Игра от 6 лет и старше. Киров: ОАО «Радуга», 2007.
19. Парочки (лото + reheso). Екатеринбург: Центр ИНВАСС детское народное издательство «Витаминка», 2001.
20. Пирамида «Найди противоположное» . Игра от 6 лет и старше. Киров: ОАО «Радуга», 2007.
21. Программы для общеобразовательных учреждений. Коррекционно-развивающее обучение. Начальные классы (I–IV). Под. ред. С.Г. Шевченко. М.: Школьная пресса, 2004. 176 с.
22. Радлов Н.Э. Рассказы в картинках. М.: Изд-во «Мелик-Пашаев», 2013. 56 с.
23. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. М.: Генезис, 2005. 319 с. с ил.
24. Хотылева Т.Ю., Пылаева Н.М. Графические диктанты. Рабочая тетрадь для детей 5–7 лет. М.: ЦПМССДиП, 2010. 40 с.

**Cognitive process development in primary school age children  
with different types of ontogenesis  
Course of correction<sup>1</sup>. Part 2**

**M.Yu. Maksimenko\***,

Lomonosov Moscow State University,  
Moscow, Russia.  
vladmaks@yandex.ru

**L.G. Shal'\*\*,**

Russian State University for the Humanities,  
Moscow, Russia.  
lyuc.psy@gmail.com

Section 2 of the correction course presents tasks for the development and formation of cognitive universal educational activities in children of primary school age: visual perception, motor sphere, spatial representations and language. Authors offer exercise for the development of the following skills and abilities: reading skills, including global reading skill, memory, thought processes, calculation abilities and counting operations.

**Keywords:** primary school age, universal learning activities, development, cognitive processes.

**Acknowledgement:**

The authors are sincerely grateful to the student of Moscow State Pedagogical University, **Maxim Voronchikhin** for the assistance in the preparation of the program materials.

**References**

1. *Agafonova I.N.* Uchimsya dumat'. Sbornik zanimatel'nykh logicheskikh zadach, testov i uprazhnenii. Uch. posobie [Learning to think. A digest of entertaining logical problems, tests and exercises]. Saint Petersburg: Publ. MiM-Ekspress, 1996. 96 p.
2. *Eysenck H.* Prover' svoi sposobnosti [Check Your Own I.Q.]. Moscow: Publ. Mir, 1972. 177 p.
3. *Akhutina T.V.* Deti s trudnostyami ucheniya [Children with difficulties in learning]. *Nachal'naya shkola [Elementary school]*. 2000, no. 212, pp. 20–25.
4. *Akhutina T.V., Pylaeva N.M.* Diagnostika razvitiya zritel'no-verbal'nykh funktsii [Diagnosing development of visual-verbal functions]. Moscow: Publ. Academia, 2003. 64 p.
5. *Akhutina T.V., Pylaeva N.M.* Shkola umnozheniya. Metodika razvitiya vnimaniya u detei 7–9 let [School of multiplication. Technique of developing attention in 7–9 years old children]. Moscow: Publ. Terevinf, Genesis, 2006. 16 p.
6. *Akhutina T.V., Pylaeva N.M.* Shkola vnimaniya. Metodika razvitiya vnimaniya u detei 5–7 let. 4-e izd [School of attention. Technique of developing attention in 5–7 years old children]. Saint Petersburg: Publ. Piter, 2008. 112 p.
7. *Akhutina T.V., Kamardina I.O., Pylaeva N.M.* Neiropsikholog v shkole. Posobie dlya pedagogov, shkol'nykh psikhologov i roditelei [Neuropsychologist in a school. Manual for educators, school psychologists and parents]. Moscow: Publ. V. Sekachev, 2012. 48 p.

**For citation:**

Maksimenko M.Yu., Shal' L.G. Cognitive process development in primary school age children with different types of ontogenesis. Course of correction. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No 3. pp. 34–47. doi: 10.17759/autdd.2017150305

\* *Maksimenko Marina Yul'evna*, Ph.D in Psychology, senior researcher at the psychology faculty's laboratory of neuropsychology of the Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia. E-mail: vladmaks@yandex.ru

\*\* *Shal' Lyudmila Georgievna*, senior lecturer, department chairman of clinical, neuro- and pathopsychology, Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia. E-mail: lyuc.psy@gmail.com

<sup>1</sup> Continuation. Beginning in No 1 (54), 2017.

8. *Akimova M.K., Kozlova V.T.* Psikhologicheskaya korrektsiya umstvennogo razvitiya shkol'nika [Psychological correction of a school age child's cognitive development]. Moscow: Publ. Academia, 2000. 160 p.
9. *Vygotskii L.S.* Sbranie sochinenii v 6 tomakh [Collected works in 6 volumes]. Vol. 2. Moscow: Publ. Pedagogika, 1984. P. 174.
10. *Vygotskii L.S.* Problema razvitiya i raspada vysshikh psikhicheskikh funktsii [Problem of development and decay of higher cognitive functions]. In Vygotskii L.S. *Problemy defektologii* [Problems of defectology]. Moscow: Publ. Prosveshchenie, 1995. Pp. 404–418.
11. *Gal'perin P.Ya.* O formirovanii umstvennykh deistvii i ponyatii [On Development of Mental Actions and Concepts]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya* [Cultural-historical psychology], 2010, no. 3, pp. 111–114. Source: <https://psyjournals.ru/en/kip/2010/n3/Galperin.shtml>.
12. *Egupova M.G.* Veselaya razminka. Art-terapevticheskie uprazhneniya [Fun warm-up. Exercises in art therapy]. Moscow: Publ. Regional public organization «Kovcheg», 2010. 23 p.
13. *Isaev D.N.* Psikhatriya detskogo vozrasta. Psikhopatologiya razvitiya [Psychiatry of a child. Psychopathology of development]. Saint Petersburg: Publ. SpetsLit, 2014. 469 p.
14. *Kagarlitskaya G.S.* Chto za chem i pochemu? Komplekt korrektsionno-razvivayushchikh materialov dlya raboty s det'mi ot 4 let [What after what and why? Correction-developing materials kit for working with 4+ years old children]. Moscow: Publ. Genesis, 2011. 32 p. + (34 sheets).
15. *Kovshikov V.A.* Serii syuzhetnykh kartinok: Posobie dlya razvitiya svyaznoi rechi [Series of narrative pictures: tutorial for developing cohesive speech]. Saint Petersburg: Publ. Niva, 1996. 12 p.
16. *Logicheskii poezd* [Logical train]. Ekaterinburg: Publ. Tsentr INVASS, Vitaminka, 2000.
17. *Manelis N.G.* Razvitie optiko-prostranstvennykh funktsii v ontogeneze [Development of optic-spatial functions in ontogenesis]. *Shkola zdorov'ya* [School of health], 1997, no. 3, vol. 4, pp. 25–37.
18. *Matematicheskaya Piramida. Igra ot 6 let i starshe* [Mathematical Pyramid. Game for 6+ years old children]. Kirov: Publ. PJSC «Raduga», 2007.
19. *Parochki (loto + pexeso)* [Couples (lotto + pexeso)]. Ekaterinburg: Publ. Tsentr INVASS, Vitaminka, 2001.
20. *Piramida «Naidi protivopozhnoe»*. Igra ot 6let i starshe [Pyramid “Find opposites”. Game for 6+ years old children]. Kirov: Publ. PJSC «Raduga», 2007.
21. *Shevchenko S.G. (ed.)* Programmy dlya obshcheobrazovatel'nykh uchrezhdenii. Korrektsionno-razvivayushchee obuchenie. Nachal'nye klassy (I–IV) [Programs for general education facilities. Correctional and developing education. Elementary school (1–4 grades)]. Moscow: Publ. Shkol'naya pressa, 2004. 176 p.
22. *Radlov N.E.* Rasskazy v kartinkakh [Picture stories]. Moscow: Publ. Melik-Pashaev, 2013. 56 p.
23. *Semenovich A.V.* Vvedenie v neiropsikhologiyu detskogo vozrasta [Introduction to neuropsychology of children]. Moscow: Publ. Genesis, 2005. 319 p.
24. *Khotyleva T.Yu., Pylaeva N.M.* Graficheskie diktanty. Rabochaya tetrad' dlya detei 5–7 let [Graphic dictations. Workbook for 5–7 years old children]. Moscow: Publ. Center for psychological, medical and social support of children and adolescents, 2010. 40 p.

## МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

### EXPERT OPINION

# Иллюзии инклюзии: типичные ошибки родителей детей с РАС

## *Из опыта инклюзивной школы*

**Т.Ю. Хотылева\***,  
Гимназия № 1540,  
Москва, Россия,  
*thotyleva@gmail.com*

**С.А. Розенблюм\*\***,  
Гимназия № 1540,  
Москва, Россия  
*s.a.rosenblum@gmail.com*

Несмотря на очень большую мотивацию родителей отдавать детей с аутистическими нарушениями в инклюзивные образовательные организации, их неготовность к реальной инклюзии мешает конструктивному взаимодействию со школой. Между тем налаженное эффективное взаимодействие между школой и родителями — один из основных факторов успешности инклюзивного обучения. Такое взаимодействие обеспечивает служба психолого-педагогического сопровождения школы. Многолетний опыт работы специалистов инклюзивной гимназии № 1540 позволил провести анализ ошибочных представлений родителей, имеющих детей с расстройствами аутистического спектра, об инклюзивном образовании. Описаны типичные ошибки родителей и подчеркивается необходимость грамотного планирования будущего ребенка, включая развитие эмоционального интеллекта.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, инклюзивная школа, психолого-педагогическая служба, взаимодействие, эмоциональный интеллект.

#### Для цитаты:

*Хотылева Т.Ю., Розенблюм С.А.* Иллюзии инклюзии: типичные ошибки родителей детей с РАС. Из опыта инклюзивной школы // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 48–53. doi: 10.17759/autdd.2017150306

\* *Хотылева Татьяна Юрьевна*, кандидат педагогических наук, старший методист Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения г. Москвы «Гимназия № 1540» (Московская технологическая школа ОРТ), Москва, Россия. E-mail: thotyleva@gmail.com

\*\* *Розенблюм Софья Александровна*, педагог-психолог, руководитель психолого-педагогической службы Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения г. Москвы «Гимназия № 1540» (Московская технологическая школа ОРТ), Москва, Россия. E-mail: s.a.rosenblum@gmail.com

**М**одель инклюзивного образования для учащихся с РАС в гимназии № 1540 складывалась поначалу стихийно, так как в сфере деятельности, связанной с высокими технологиями и программированием, родители справедливо видят возможность сочетания сверхценных интересов своих детей с перспективой получения ими профессии. Однако в последние годы с принятием нового Закона об образовании, с введением ФГОС для детей с ОВЗ и включением школы в проект «Инклюзивная молекула» эта модель выстроилась в достаточно стройную систему. У нас нет отдельных классов для детей с ОВЗ. Все классы с 1 по 11 являются инклюзивными. Модели сопровождения обучающихся с РАС выглядят по-разному, различные педагогические технологии применяются в начальной, средней и старшей ступени, но непрерывное психолого-педагогическое сопровождение детей и их родителей на разных этапах позволяет увидеть и проанализировать общие закономерности.

Так как ФГОС для детей с ОВЗ принят совсем недавно, многие школы только начинают свою работу с обучающимися с РАС. Сейчас большое внимание уделяется тому, как организовать обучение детей с РАС академическим навыкам, причем, в основном, на этапе начальной школы. Обсуждаются вопросы готовности ребенка с ОВЗ к обучению в обычном классе и готовность школы к принятию особого ребенка. Это закономерно, но важно также заранее понимать те проблемы, которые будут нас ожидать на следующих этапах, и посмотреть на эти проблемы под углом родительского восприятия.

Несовпадение ожиданий друг от друга, взаимное недоверие между школой и родителями сокращает тот ресурс, который так необходим для организации эффективной помощи. Важно проанализировать типичные проблемы, чтобы понимать, где именно должны находиться зоны повышенного внимания специалистов, каковы должны быть основные направления работы психологов и педагогов с родителями.

## Типичные ошибки родителей детей с РАС

Главной и основной проблемой, на наш взгляд, является **идеализация родителями инклюзии**. Здесь мы сталкиваемся с логической ловушкой. Родителям часто кажется, что основная задача — попасть в инклюзивную школу, все остальное получится само собой. У родителей абсолютно правильная цель — социализировать ребенка с РАС в среде обычных сверстников. При этом родители справедливо боятся «дикой инклюзии», т.е. помещения ребенка в совершенно неподготовленную среду. Однако они не всегда отдают себе отчет в том, что даже инклюзивная школа — это все равно массовая школа, где учатся самые разные дети, с разными семейными и другими проблемами, а учитель — это массовая профессия. И даже подготовленные к инклюзии учителя и дети — это все равно срез окружающего социума, а не идеальная среда. Всегда найдется ребенок и/или учитель, с которым не будут складываться отношения, возникнут трудности при общении. Это жизнь, а не повод для паники при первом столкновении с реальностью. С этим нужно будет работать, пользуясь помощью психолого-педагогической службы.

Второй важной проблемой является то, что родители в силу своей занятости на работе или по другим причинам **пытаются переложить на школу весь объем помощи, который необходим ребенку**, и именно в таком виде, как они это себе представляют. Школа же реально не может иметь **все** ресурсы для оказания необходимой помощи ребенку с РАС. У школы, в первую очередь, образовательная задача. С самого начала образовательного процесса семья и школа должны договориться о распределении ролей и мерах ответственности за различные направления работы с ребенком и соблюдать достигнутые договоренности.

Также нередко приходится сталкиваться с подходом родителей, который можно описать так: **«вы должны подстроиться под моего ребенка, он особый»**. При этом

в картине мира такого родителя все остальные — это обычные дети без всяких проблем, такая масса статистов, существующих в школе для социализации их особого ребенка. Они искренне не задумываются о том, что остальных детей родители привели в школу с какими-то другими целями. Смысл инклюзивного образования в том, что и ребенок (в том числе и особый ребенок), и среда меняются навстречу друг другу. Родители, совершающие эту ошибку, считают, что их ребенка надо принимать таким, какой есть, а среда обязана полностью под него подстроиться. Остальным детям они отказывают в том снисхождении и понимании, которое проявляют к своему ребенку. И наоборот, не видят у своего ребенка тех негативных проявлений, к которым нетерпимы у других детей. Крайним проявлением такого отношения родителей является представление о том, что официально оформленный диагноз дает ребенку разрешение на любое неприемлемое поведение, на совершение любых асоциальных поступков. Сейчас в прессе встречается множество статей, в которых профессиональные психологи объясняют родителям, что они всегда «должны быть на стороне своего ребенка». Однако «быть на стороне ребенка» не значит быть на стороне ребенка против школы или других детей и родителей. Нужно разбирать с ребенком с РАС каждую конфликтную ситуацию и объяснять ему, почему в том или ином случае вы поддерживаете или **не** поддерживаете его поступки.

Еще одной разновидностью неконструктивного родительского поведения является ситуация, когда родитель, приведя ребенка в школу, не доверяет профессионализму педагогов и психологов, хочет заставить их делать только то, что он сам считает правильным, и именно так, как он это понимает. Такой подход можно назвать «**я научу вас, как работать с моим ребенком**». Очевидно, что такой подход не конструктивен и ведет не к эффективному оказанию помощи ребенку с РАС, а к бессмысленной конфронтации.

Другой часто встречающейся крайностью является **гиперопека**. Это ситуация, когда семья полностью подстроилась под особенности ребенка, взяла на себя все функции по планированию, контролю, организации учебной деятельности, в семье не ведется работа по постепенному проращиванию у ребенка с РАС ответственности за себя и свои обязанности, по делегированию ему каких-то полномочий по принятию решений. Хорошо бы, чтобы такая работа велась во взаимодействии со школой, и конкретные шаги в этом направлении предпринимались бы в зоне ближайшего развития ребенка семьей и школой одновременно, но часто такая задача родителями даже не ставится.

С этим напрямую связана такая часто встречающаяся родительская ошибка как **сосредоточенность на академических успехах ребенка** в ущерб развитию его эмоциональной сферы. Проблемы социального взаимодействия у детей с РАС тесно связаны с их академическими успехами, на определенном этапе это становится ключевым фактором, хотя эта связь совсем не очевидна родителям. Недостаток развития эмоционального интеллекта в подростковом возрасте часто ведет к одиночеству ребенка с РАС в среде сверстников, даже если на этапе начальной школы он был хорошо социализирован.

Что касается чисто академических успехов, то и здесь существует ряд типичных родительских ошибок. Создание специальных условий для успешного обучения постепенно воспринимается как норма, и закрепляется **иллюзия, что ребенок сам прекрасно со всем справляется**. Родители должны осознавать эту опасность, а школа для более адекватного восприятия ситуации должна постепенно помогать родителям анализировать успехи ребенка с помощью независимой оценки, в том числе по сравнению с успехами сверстников.

В частности, при переходе из начальной школы в среднюю у родителей часто возникает иллюзия, что все уже хорошо, ребенок ни в какой дальнейшей особой поддержке

не нуждается. Однако в это время происходят существенные изменения учебной ситуации: становится много учителей-предметников, появляются новые одноклассники; и начинаются изменения, связанные с ранним подростковым возрастом. Часто это приводит к ухудшению общего состояния ребенка с РАС и связанному с этим регрессу в развитии социальных и когнитивных функций. Родители оказываются к этому не готовы и обвиняют школу. С этим надо работать, может быть, придется сначала уменьшать количество уроков с классом, потом опять увеличивать. Нужно готовить родителей к тому, что на этапе средней школы может быть придется заново пройти те фазы, которые уже были пройдены. **Представление об инклюзии как о линейном процессе также является одним из проявлений идеализации инклюзии.**

Несколько слов стоит сказать о такой известной всем специалистам проблеме как **отношение родителей к формальному признанию наличия у ребенка особых потребностей**. Очень частой является ситуация, когда родители видят некоторые особенности. «Ребенок немного странный, как и все гениальные люди, у него просто есть ряд проблем, которые он перерастет, а школа должна с ними справиться, раз она умеет работать с особыми детьми». Иногда такому ребенку, действительно, достаточно принимающей среды, чтобы нормально развиваться и учиться. Однако часто возникает ситуация, когда этого оказывается недостаточно, и требуются определенные профессиональные усилия. Этому ребенку можно было бы помочь гораздо более эффективно, но ресурса школы и ее инклюзивной среды явно не хватает, а продуктивное взаимодействие с родителями затруднено из-за их позиции.

Важно говорить с родителями о целеполагании инклюзии. Еще одно проявление идеализации — это завышенные ожидания от инклюзии, представление о том, что **в случае удачной инклюзии ребенок «перерастет» и будет «как все»**, у него будут друзья в том понимании, которое родите-

ли вкладывают в это понятие. При этом на практике приходится сталкиваться с ситуацией, когда родители подростка с РАС к концу школы понимают, что он не стал «как все», не реализовал тот потенциал гениальности, который они в нем видели. У них может возникать чувство разочарования и недовольства школой или депрессия и, соответственно, невозможность сопровождать и поддерживать подростка дальше.

К сожалению, бывает, что горизонт планирования родителей заканчивается успешной сдачей экзаменов и поступлением в колледж или ВУЗ, а ведь жизнь на этом не заканчивается, зато заканчивается выстроенная вокруг инклюзивная среда. Большой проблемой является **отсутствие у родителей адекватного проекта будущего**, представления о том, каким будет их ребенок, закончив школу. При этом молчаливо предполагается, что окружающие в дальнейшем ему будут так же точно помогать на всех жизненных этапах, а это нереалистично.

Хочется еще раз обратить внимание на то, что самым существенным барьером для построения максимально успешной жизненной траектории в будущем является **непонимание родителями важности развития эмоционального интеллекта у ребенка с РАС**. Проблемы самооущения подростка в социуме их волнуют гораздо меньше, чем академические успехи.

Ресурсы школы по работе с ребенком именно в этом направлении очень ограничены, это в большой степени зона ответственности родителей. Недооценка возможных последствий социальной наивности ребенка с РАС может оказаться фатальной для его дальнейшей жизни. Слишком прямолинейные представления о людях и желание не быть в социальной изоляции, быть принятым в какое-нибудь сообщество, иметь друзей могут сделать их жертвами манипуляторов из числа подростков, склонных к девиантному поведению.

Для чего нам нужен анализ всех этих разнообразных родительских позиций? Из этого анализа с очевидностью возникает

необходимость создания в инклюзивной школе продуманной системы работы с родителями особых детей.

### **Работа с родителями в инклюзивной школе**

Эта работа должна начинаться при приеме ребенка в школу, заранее необходимо на собеседовании с родителями обсуждать возможности постоянного конструктивного взаимодействия. В дальнейшем такая работа с родителями, на наш взгляд, должна вестись в трех направлениях:

1. «Инклюзия родителей», включение родителей особых детей во все виды работы с родительским сообществом: в родительский актив, родительский комитет, управляющий совет, родительский клуб, в родительский лекторий, — для того чтобы родители понимали, чем конкретно живет школа, какие в ней проблемы в целом, почему принимаются те или иные управленческие решения, как они могут отразиться на их детях;

2. Создание клуба «особых родителей», обсуждение с ними важнейших для них тем;

3. Создание прозрачной образовательной среды (специальные пропуска в школу для родителей, посещение уроков, внеурочных видов деятельности).

Если работа в первом направлении в гимназии № 1540 успешно ведется уже в течение многих лет, то создание отдельного сообщества «особых родителей» проходит достаточно трудно: не все хотят себя идентифицировать с сообществом родителей особых детей, а главное, — не видят необходимости что-то менять в своих позициях; некоторые родители не хотят или не могут оставлять своих детей после занятий в школе.

В заключение подчеркнем, что анализ описанных родительских ошибок показывает, что на самом деле здесь представлен весь спектр отношений родителей и школы так же и с самыми обычными детьми. Как это происходит и во многих других случаях, обучение детей с РАС выявляет и проявляет имеющиеся слабые места в системе образования и заставляет искать пути выхода из объективно сложных ситуаций. ■

## **Illusions of inclusion: typical mistakes of parents of ASD children. Inclusive school experience**

**T.Yu. Khotyleva\***,  
Gymnasium No 1540,  
Moscow, Russia  
*thotyleva@gmail.com*

**S.A. Rosenblyum\*\***,  
Gymnasium No 1540,  
Moscow, Russia,  
*s.a.rosenblum@gmail.com*

Despite the great motivation for sending children with autism disorders into inclusive educational organizations, unpreparedness of some parents for real inclusion can interrupt constructive interaction with the school. Meanwhile, effective interaction between the school and parents is one of the main factors of successful inclusive education. Such interaction is provided by the psychological and pedagogical services of the school. Long standing experience of specialists of inclusive high school № 1540 allowed authors to analyze the erroneous views on inclusive education of parents with ASD children. Typical mistakes of parents are described and the need for informed child's future planning which includes the development of emotional intelligence is emphasized.

**Keywords:** autism spectrum disorders, inclusive school, psychological and pedagogical service, interaction, emotional intelligence.

### **For citation:**

Khotyleva T.Yu., Rosenblyum S.A. Inclusion of inclusion: typical mistakes of parents of ASD children. Inclusive school experience. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No. 3. pp. 48–53. doi: 10.17759/autdd.2017150306

\* *Khotyleva Tatiana Yurievna*, Ph.D in pedagogical sciences, senior methodologist, Gymnasium № 1540, Moscow, Russia. E-mail: thotyleva@gmail.com

\*\* *Rosenblyum Sofia Alexandrovna*, psychologist, head of psychological and pedagogical service, Gymnasium № 1540, Moscow, Russia. E-mail: s.a.rosenblum@gmail.com

# Как я... покину отчий дом?<sup>1</sup>

**К. Брайс\***,

Национальное общество аутизма  
региона Северная Англия,  
Великобритания  
*nas@nas.org.uk*

Один из самых важных шагов в жизни выросшего человека — уход из семьи, связанный с переменной места жительства из-за переезда в жилье с сопровождаемым проживанием или в связи с проживанием при образовательной организации. Опытный профессионал перечисляет важнейшие моменты, которые следует учесть людям с расстройствами аутистического спектра, готовым покинуть отчий дом.

**Ключевые слова:** расстройства аутистического спектра, сопровождаемое проживание, социальные льготы.

Достаточно одного дня, чтобы вдруг ощутить себя юридически взрослым. Но между детством и взрослой жизнью может оказаться огромная пропасть, например, в таких вещах как принятие решений, выбор жизненных приоритетов, финансовые вопросы, вопросы получения дохода, социальных льгот (получения пенсий, пособий).

## Шаг 1. Жизненно важно выработать последовательность действий

При переезде на новое место жительства убедитесь, что там действует цикл поддержки, который включает ваш персональный план, определяющий последовательность оказания помощи. Подумайте, кто, кроме

домашних, будет постоянно осуществлять опеку. Очень часто при достижении периода взрослой жизни дети оказываются перед гигантской пропастью, и помощь им необходима. Найдется ли у вас независимый адвокат, который окажет поддержку и поможет распределить заботы? Для решения возникающих проблем важно иметь возможность обратиться к членам ближайшего окружения.

## Шаг 2. Достичь в семье единства во взглядах на перемену ситуации

Очень важно, чтобы вся семья включилась в процесс обустройства нового жилья. Положительным моментом для некоторых

**Для цитаты:**

*Брайс К.* Как я... покину отчий дом? // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 54–57. doi: 10.17759/autdd.2017150307

\* *Брайс Кенни*, менеджер Национального общества аутизма региона Северная Англия, Великобритания. E-mail: *nas@nas.org.uk*

<sup>1</sup> Опубликовано в журнале «Your Autism Magazine», 2016. Лето. [http://matrix2.mgup.ru/users/sign\\_in](http://matrix2.mgup.ru/users/sign_in). Печатается с согласия автора.

являются семейные привязанности и права собственности. В верном представлении о том, чего ждать от нового дома, нуждается не только человек с аутизмом. Каждый член семьи должен иметь четкое представление об изменениях, которые скажутся не только на человеке, покидающем отчий дом, но и на других членах семьи. Помните, что ситуация эта волнительна не только для молодого человека, уходящего из дома, но она также стрессовая для его родителей (часто родители испытывают чувство потери).

### **Шаг 3. Своевременно оформить льготы**

Задолго до начала организации переезда постарайтесь устроить встречу со служащими, отвечающими за социальную помощь, они разъяснят, на что можно рассчитывать, включая разрешение на транспорт, что позволит иметь собственную машину, или разрешение на вождение для вашего помощника.

### **Шаг 4. Подготовить новую окружающую среду**

Чтобы перемены в жизни не оказались травмирующими, для человека, покидающего дом с кем-то из своих близких или отправляющегося на самостоятельное проживание, жизненно важно сохранить то, что его радует. Это должен быть полностью сохраненный жизненный уклад, включая обучение, досуг и развлечения, общественные и домашние обязанности. Если человек еще не работает, необходимо заранее запланировать, в каком колледже ему учиться, как готовиться к будущей работе, на каких курсах заниматься, чтобы жить самостоятельно.

Это поможет уменьшить для него опасность замкнуться, изолироваться, уменьшит вероятность снижения самооценки и даже психического нездоровья, такого как депрессия. Может показаться, что чем больше самостоятельности, включенности

в жизнь студенческого сообщества в общении или при проживании в собственном жилье, тем меньше необходимость в помощи по организации вашей деятельности в общественной жизни. Но очень важно, если это необходимо, обращаться за помощью. Поддерживающим вас людям гораздо лучше, если интересы будут совпадать, и можно вместе получать удовольствие от одних и тех же видов деятельности.

### **Шаг 5. Соотнести ожидания и реальные возможности**

Переход во взрослое состояние в целом реально похож на игру в мяч. Все, что родитель может проконтролировать у ребенка, во взрослой его жизни будет не всегда возможно. Если не достигнуто согласие между молодым человеком и родителями в выборе какого-то дела в жизни (он не хочет, они хотят), то потребуются помощь профессионалов, для того чтобы выработать решение и удовлетворить интересы сторон. При том, что хороший попечитель всегда будет принимать во внимание интересы семьи, окончательное решение остается за молодым человеком, который, возможно, не разделяет с остальными членами семьи взгляд на какие-то аспекты вопроса, не принимает информацию. Если вы оказываете поддержку кому-то с аутистическим спектром, то знает ли он, к какой цели идет, и согласился ли с этим? Если он — наниматель жилого помещения, то понимает ли значение арендного соглашения, и какие обязанности и ответственность его ждут согласно этому документу. В случае если для него понять это невозможно, следует собрать компетентных специалистов, чтобы выработать нужные решения.

### **Шаг 6. Провести полную оценку сенсорного состояния**

Часто что-то в окружении может быть причиной вызывающего поведения или

других проблем, справиться с которыми в новой обстановке действительно трудно. Если у молодого человека проблемы с сенсорикой, то провести сенсорную оценку окружающей среды просто необходимо. Тонкие стены в квартире или в доме, собачий лай, шумные соседи, живущие над вами, рядом или ниже, — все может стать причиной проблем, если эта оценка не была проведена заранее. Например, одной из причин нежелательного поведения девушки с сенсорными проблемами оказалась вода, текущая по трубам здания всякий раз, когда открывался кран, хотя жила она на шестом этаже. Для нее это стало причиной бесконечного раздражения. Очень важно понимать, что в квартире все может иметь значение: где расположены окна, как светит солнце, правильно ли расставлена мебель, там ли стоит телевизор (чтобы не было бликов). Это можно отнести и к полированным поверхностям, к покрытым лаком кухонным предметам, что тоже может очень раздражать.

## **Шаг 7. Подготовиться к ожиданиям окружающих**

Часто люди с РАС не знают и не понимают неписаных правил, и эти вопросы сразу необходимо прояснить. Например, если вы проживаете в квартире с двумя, тремя жильцами, вы должны по очереди мыть места общего пользования, чтобы сохранить добрососедские отношения. Это так называемые неписаные правила поведения.

Если в квартире предполагались другие жильцы, о чем вы не знали, подумайте заранее, подходит вам это или нет. Совместимость — жизненно необходима, и если этого нет, вашим проблемам не будет конца. Никто не захочет жить рядом с тем, кого невозможно терпеть.

При правильной подготовке переезд из родного дома в любое другое жилище может оказаться крайне положительным и конструктивным опытом. ■

*Перевод с английского  
Т.В. Хапковой, Н.А. Воскобойниковой*

## How do I... move out of home<sup>2</sup>?

**K. Bryce\***,  
National Autistic Society,  
The North of England,  
Great Britain,  
*nas@nas.org.uk*

One of the most important steps in the life of an adult person is moving out of family. This can happen due to a change of place of residence to a supported housing or to accommodation at an educational institution. An experienced professional lists the most important things that should be considered by people with autism spectrum disorders who are getting ready to leave their homes.

*Keywords:* autism spectrum disorders, supported housing, social benefits.

*Translated from English by  
T.V. Khapkova, N.A. Voskoboynikova*

### **For citation:**

Bryce K. How do I... move out of home? *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No 3. pp. 54–57. doi: 10.17759/autdd.2017150307

\* *Bryce Kenny*, manager, National Autistic Society, The North of England, Great Britain. E-mail: *nas@nas.org.uk*

---

<sup>2</sup> «Your Autism Magazine», Vol. 50. No 2. Summer, 2016. [http://matrix2.mgup.ru/users/sign\\_in](http://matrix2.mgup.ru/users/sign_in). Printed with the consent of the author.

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ  
FOREIGN EXPERIENCE

# О ключевых проблемах аутизма<sup>1</sup> Эмоциональность на спектре

**Б. Нейсон\***,  
клинический психолог, Grand Blank, США,  
*billnason@yahoo.com*

Билл Нейсон — американский клинический психолог, «гуманистический бихевиорист», как он сам себя называет, — знакомит широкий круг читателей с эмоциональными проблемами, характерными для детей на аутистическом спектре. Глава 13 его Синей книги «Дискуссия об аутизме» посвящена особым эмоциональным состояниям аутичных детей — уходом в себя и эмоциональным срывам. Подчеркивая, что и те, и другие возникают при перегрузке нервной системы, Билл Нейсон указывает на важность создания ребенку предсказуемой, спокойной атмосферы на протяжении всего дня. Автор разграничивает гневные вспышки как форму манипуляции и эмоциональные срывы, не имеющие в себе манипулятивного компонента. Б. Нейсон описывает первые признаки эмоциональных срывов и их развернутую картину и знакомит нас со способами совладания с ними. Особое внимание уделяется успокаивающим методам. Даются интересные рекомендации по вербальному и невербальному взаимодействию с ребенком во время эмоционального срыва.

**Ключевые слова:** аутизм, аутистический спектр, эмоциональный срыв, гневная вспышка, уход в себя, стрессорные вещества, глубокое давление.

## Уходы в себя и эмоциональные срывы

И исследования, и рассказы аутичных взрослых показывают, что в случае, когда уровень гормонов стресса слишком быстро нарастает, а раздражители перегружают мозг, он может начать медленно отключать-

ся. Это защитный механизм, предотвращающий перегрузку и не доводящий мозг до «точки кипения». Однако, если этот механизм функционирует недостаточно хорошо и/или стрессорные вещества накапливаются слишком быстро, возможен эмоциональный срыв — истерика. Поэтому, как только

### Для цитаты:

Нейсон Б. О ключевых проблемах аутизма. Эмоциональность на спектре. Перевод с английского Л.Г. Бородиной. Продолжение // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15 № 3. С. 58–68. doi:10.17759/autdd.2017150308

\* Нейсон Билл, клинический психолог, специалист по прикладному анализу поведения, Grand Blank, штат Мичиган, США. E-mail: billnason@yahoo.com

<sup>1</sup> Продолжение. Начало см. в № 3 (48), 2015 г.

вы заметили, что ребенок начал отключаться, сразу же попытайтесь распознать защитный характер состояния, в котором находится мозг. Уберите все требования и дайте ребенку возможность восстановиться. Различия между уходом в себя и эмоциональным срывом отражены в таблице 1.

Если уровень стрессорных веществ повышается медленно, более вероятен уход в себя; если быстро — эмоциональный срыв.

Когда начинается эмоциональный срыв, ребенок обычно находится в поиске мощной проприорецептивной стимуляции — раздражения от суставов и связок, которое понизило бы уровень гормонов стресса и организовало нервную систему. Это выражается в том, что он топает ногами, наклоняет туловище, бьется головой, швыряет вещи, кусается, бьет себя и других. Любое силовое физическое действие может обеспечить проприорецепцию, необходимую для снижения уровня стрессорных веществ. Когда стрессорные вещества достигают наивысшей точки, они должны высвободиться! Они выбрасываются в движения, что успокаивает нервную систему.

Мы знаем, что проприорецепция способствует успокоению и организации нервной системы. Зная, что у детей на спектре стрессорные вещества быстро нарастают, мы должны обеспечить в течение дня частые проприорецептивные нагрузки, чтобы их высвободить. Проприорецепцию можно обеспечить с помощью общей силовой физической нагрузки (прыгать, бросать, залезать, толкать/тянуть и т.д.) или более легкими способами: жевать жвачку, сжимать мячик, просовывать ноги в привязанные к

ножкам стула ремешки. В школе ребенку понадобятся частые перерывы для восстановления и высвобождения накопленных стрессорных веществ, пока они не достигли высшей точки. Попросите эрготерапевта встроить в школьное расписание сенсорные перерывы.

### Наиболее частые причины эмоциональных срывов

Эмоциональные срывы (в обиходе — истерики, *примечание переводчика*) могут иметь самые разные причины. Однако наиболее часто встречаются следующие:

1. Сенсорная перегрузка: слишком много стимуляции, и она слишком интенсивна, так что запускается паническая реакция борьбы или бегства. Так как ребенок гиперчувствителен к ощущениям, а ощущения не фильтруются и не интегрируются в полной мере, то, чем больше сенсорного «шума» вокруг, тем больше стресс для ребенка. Если стимуляции слишком много или она слишком интенсивна, мозг перегружается, и начинается паника.

2. Информационная перегрузка: слишком много информации поступает слишком быстро. У многих детей переработка информации замедлена. Необходимость перерабатывать одновременно разную информацию может перегрузить их. Информация, поступающая слишком быстро или в чрезмерном количестве, через какое-то время может вызвать перегрузку. Нам нужно замедлять ее, прерывать и упрощать. Для этих детей особенно трудны многосту-

Таблица 1

Уходы в себя	<ul style="list-style-type: none"><li>● Когда нарастает перегрузка стимулами, нервная система закрывается для восстановления</li><li>● Ребенок может стать сонливым, вялым, смотреть в пространство, закрывать глаза, не отзываться</li></ul>
Эмоциональные срывы	<ul style="list-style-type: none"><li>● Стрессорные вещества достигают «точки кипения», механизм совладания отключается, ребенок отреагирует вопреки потребности в уходе из ситуации и уменьшении тревоги</li><li>● Бьет, пинается, толкается, швыряет, мечется, кусает себя, бьется головой и т.д. Все это обеспечивает проприорецептивную стимуляцию, понижающую уровень стрессорных агентов</li></ul>

пенчатые инструкции и любая информация, содержащая много задач.

3. Эмоциональная перегрузка: неожиданные, интенсивные, а также смешанные эмоции, которые возникают вдруг и запускают панику. Многие дети перегружаются сильными эмоциями, как своими, так и чужими.

4. Требования к выполнению заданий: слишком много заданий или слишком трудные задания могут повергнуть ребенка в панику. Многие дети испытывают сильную тревогу перед выполнением задания, так что продолжающееся подталкивание, инструктирование и требования истощают и утомляют мозг. Если ребенок ощущает давление, есть риск эмоционального срыва. Нам надо давать детям возможность регулировать себя и обеспечить частые перерывы для отдыха и восстановления.

5. Неожиданные изменения или перемены в ожиданиях. Если ребенок ожидает чего-то (ожидает, что события будут развиваться так или этак), неожиданные срывы или изменения могут вызвать испуг! Чувство безопасности у ребенка зависит от предсказуемости того, что он ожидает. Когда мир совпадает с его ожиданиями, он обычно в порядке. Когда случаются изменения, мир разваливается.

6. Интенсивная фрустрация: ригидное желание получить то, чего они хотят (ощущаемое на деле как потребность), и тогда, когда они этого хотят. Если ожидаемое событие не происходит, они переполняются эмоцией. Может начаться гневная вспышка (тантрум), но затем эмоция наводняет, и начинается паника, запускающая реакцию борьбы-бегства.

7. Недостаток коммуникативных навыков. У неречевых детей или детей с ограниченными речевыми возможностями фрустрация от неспособности передать, чего они хотят, может вызвать сильную ярость. Это обычно уменьшается по мере того как ребенок развивает коммуникацию (речь, указательный жест, PECS, электронные средства коммуникации). Важно как можно раньше найти какой-нибудь способ коммуникации.

8. Неспособность контролировать все вокруг. Страх неопределенности и потребность в предсказуемости вызывают ригидную потребность контролировать все, что они делают, и что происходит вокруг. Когда они вынуждены следовать кому-то еще, они паникуют, разворачивая стресс и часто — эмоциональный срыв.

### **Различия между гневными вспышками и эмоциональными срывами**

Родителям и педагогам очень важно понимать различия между гневными вспышками и эмоциональными срывами. Несмотря на то, что и те, и другие состоят из похожих типов поведения (крик, визг, плач, падение на пол, удары по себе, кусание себя, т.п.), необходимо отличать одни от других. Почему? Потому что от этого зависит то, как мы интерпретируем поведение, и как пытаемся помочь ребенку.

### **Гневные вспышки**

#### **Характеристики гневных вспышек:**

1. Ребенок осуществляет некоторый контроль над своим поведением.
2. Это выбор ребенка — развить такое поведение.
3. Обычно возникает вследствие желания чего-то или как способ избежать чего-то.
4. Может быстро прекратиться, как только ребенок получает то, что хочет.
5. Ребенок может удерживать во внимании людей вокруг, часто смотрит на них, кричит на них и привлекает их внимание к себе.
6. Разворачивая деструктивное поведение, ребенок смотрит на реакцию других.
7. Крича и требуя, ребенок способен говорить и переговариваться.
8. Если проявляется агрессия, ребенок ищет, кого ударить или пнуть, или встает и ищет предметы, чтобы сломать их.

Обычно такое поведение имеет цель (ребенок хочет чего-то или хочет избежать чего-

то), и ребенокотреагирует вовне, для того чтобы получить определенную реакцию от других. Несмотря на то, что гневные вспышки могут привести к перегрузке ребенка, он, тем не менее, контролирует их начало. Гневные вспышки часто возникают у невербальных детей, когда у них нет других средств коммуникации и способов удовлетворения потребностей. Ребенок обычно сразу успокаивается, как только получает желаемое, или как только его потребность удовлетворяется.

### Эмоциональные срывы

Обычно эмоциональные срывы возникают тогда, когда мозг ребенка перегружается стрессорными веществами и достигает панической реакции борьбы-или-бегства. Стресс нарастает до точки, в которой мозг перегружен и не способен справляться. Во время эмоционального срыва ребенок:

1. Находится в панике.
2. Не контролирует свое поведение.
3. Часто не может говорить, решать проблему; теряет способность вести переговоры и аргументировать.
4. Часто не может следовать указаниям, спорить; перегружен так, что не может ни во что вовлечься.
5. Чувствует себя небезопасно, реагирует, как в сильном страхе.
6. Может быть неспособным определить причину эмоции, понять очевидное требование или желание.
7. Часто испытывает сенсорную перегрузку, слишком сильный когнитивный стресс или истощается от социальных требований.
8. Скорее пытается уйти из ситуации, чем ищет внимания. Ребенок старается уйти от того, что его перегружает, а не получить что-то.
9. Часто не бьет, не пинает, не кусает никого, пока другие люди не пытаются подойти, успокоить или перенаправить его. Агрессия часто угасает, как только вы уходите, даете ему пространство, убираете требования и любое взаимодействие.

10. Ему может потребоваться время, чтобы успокоиться (он не успокаивается сразу, как только получает желаемое); время нужно также, чтобы восстановиться.

11. Часто потом выражает раскаяние в произошедшем.

Ребенок в состоянии эмоционального срыва реагирует из страха и испуга. Паническая реакция борьбы-или-бегства запущена, и ребенок (1) пытается уйти от источника стресса и (2) ищет проприорецептивной стимуляции (бьет, кусает себя, бьется головой и т.п.), чтобы снизить уровень стрессорных веществ. Он часто не хочет взаимодействовать с другими, не ищет их внимания, хочет уйти, изолироваться. Однако, если ребенок чувствует себя в опасности, он можетотреагировать вовне на вещах или людях, чтобы люди отошли, или чтобы высвободить стрессорные вещества.

### Вмешательство: гневные вспышки

1. Определите, какую функцию несет в себе поведение (получить что-то или избежать чего-то). Чего ребенок пытается достичь с помощью гневной вспышки?

2. Попробуйте научить ребенка более приемлемым способам получения желаемого (просьбам, слову «стоп», использованию карточки (просьба о перерыве и т.д.)). Обеспечьте приемлемый способ передачи того же сообщения, какое несет в себе гневный разряд. Тренируйте и проигрывайте желаемое поведение.

3. В самом начале, когда ребенок только начинает расстраиваться, быстро вмешайтесь и помогите ему использовать замещающее поведение (желаемый способ, который уже практиковался).

4. Старайтесь не уступать истерике (не давать что-то или не освобождать от чего-то), вместо этого подталкивайте ребенка к желаемому поведению. Если ребенок развернул вспышку, чтобы прекратить выполнение задания, которое ему не нравится, скажите: «Если ты хочешь, чтобы мы остановились, скажи “стоп”». Как толь-

ко желаемый ответ получен, немедленно оставьте ребенка в покое. Вы должны продемонстрировать, что истерика не работает, а желаемое поведение срабатывает сразу.

5. Минимизируйте и словесные, и эмоциональные реакции на плохое поведение (пусть у вас будет такой вид, как будто все это вас не особенно волнует, не надо ругать, подкупать чем-то или советовать что-то; показывайте минимум эмоций), все внимание направьте на то, что вы хотите, чтобы он сделал.

6. Подкрепляйте альтернативное поведение.

7. Если ребенок отказывается откликаться, отвернитесь от него и отойдите, если это возможно (если он не разрушителен и не причиняет травм). Игнорируйте поведение, но наблюдайте, чтобы безопасность сохранялась. Когда ребенок успокоится, перенаправьте его обратно к заданию или к замещающему поведению.

8. Если нужно (когда не срабатывает предложенное выше), примените мягкое наказание ребенка (тайм-аут, лишение привилегий и т.д.) за неоткликаемость.

Это — всего лишь базовые начальные стратегии. Если они не действуют, просите профессиональной помощи. Если агрессия более разрушительна, ищите профессиональной помощи в виде подробной функциональной оценки поведения и разработки безопасных и эффективных способов воздействия. Описанное выше применяйте только в случаях незначительной агрессии (крик, падение на пол и т.д.), когда безопасность обеспечена.

## **Вмешательство: эмоциональные срывы**

1. Когда у ребенка эмоциональный срыв, обычные поведенческие техники оказываются неэффективными. Ребенок перегружен, он не может думать, реагировать на инструкции или рассуждать. Он не поймет ни инструкций, ни последствий и не откликнется ни на что. Наказание и угрозы только усугубят ситуацию.

2. Сделать эмоциональные срывы реже можно прежде всего путем разработки предупреждающих стратегий. Выявите сенсорные, когнитивные и социальные факторы, перегружающие ребенка, и выстройте предупреждающие меры по уменьшению стресса. Это обычно выражается в изменении среды так, чтобы она больше соответствовала возможностям ребенка, в обеспечении способов адаптации к стрессу и в обучении ребенка методам совладания со стрессом.

3. Перенаправление и вмешательство действуют лучше всего, если мы вмешиваемся в поведенческую цепочку очень рано (при первых признаках перегрузки), помогаем и поддерживаем ребенка как можно скорее и тренируем у него навыки совладания.

4. На пике состояния выведите ребенка из ситуации, не предъявляйте никаких требований, уменьшите любые раздражители и минимизируйте вопросы и требования. Нам нужно уменьшить нагрузку на нервную систему, дать ей возможность восстановиться.

5. Сосредоточьте свое внимание на обеспечении ребенку чувства безопасности. Исключите стимуляцию и требования, убедите ребенка в том, что он в безопасности, и обеспечьте место, чтобы он мог успокоиться.

6. Некоторые дети позволят вам успокаивать себя, но чаще они не хотят никакого взаимодействия. Уважайте их зону комфорта.

7. Обычные стратегии состоят из: 1 — уменьшения стресса путем изменений среды и приспособления; 2 — обучения методам совладания со стрессом и с предупреждением его (с первыми признаками перегрузки сказать «стоп», показать карточку «перерыв», уйти и т.д.); и 3 — обучения успокаивающим действиям (отойти, отодвинуться, сразу же выйти, покачаться и успокоиться, т.д.). Практикуйте эти действия, пока они не станут знакомыми и привычными. Тогда, на пике срыва, ребенок свободно применит их.

## Почему я не заметил, что это начинается?

Вы когда-нибудь замечали, что истерика начинается без видимой причины? Все вроде идет нормально, и вдруг — «бам!» — ни с того, ни с сего...

Мы часто теряемся, ослепленные истерикой, которая возникла «из ничего», почти без предупреждения. «Откуда это взялось?» и «Почему я не заметил приближения этого?» — эти два вопроса мне задают постоянно. Ребенок не всегда проявляет очевидные признаки стресса. Поверьте мне, часто он сам удивлен не меньше!

Многие дети и взрослые на спектре не чувствуют, как внутри них накапливаются стрессорные вещества. Их сенсорные рецепторы не обеспечивают ранней адекватной обратной связи, которая сигналила бы, что им нужно действовать, чтобы уменьшить перегрузку. Кроме того, даже осознавая стресс, они не решаются сказать о нем.

У детей на спектре базальный уровень стрессорных агентов в покое в нервной системе обычно выше, чем у нейротипичных детей. Следовательно, до достижения «точки кипения» требуется не так уж много стрессорных агентов. Кроме того, надо понимать, что риск эмоциональных срывов становится намного выше, если нервная система уже истощена плохим сном, недомоганием, болезнью, голодом. Можно справиться с небольшим препятствием в один день и сорваться в другой. Если мы дали ребенку возможность уйти, успокоиться, собраться, мы должны понимать, что пол-

ностью восстановиться его нервная система сможет лишь через какое-то время. Так что, даже если ребенок не ведет себя плохо и не показывает внешних признаков стресса, его нервная система все еще находится близко к «точке кипения» какое-то время после успокоения.

Поэтому, хотя ребенок не проявляет признаков стресса, всегда помните о накоплении стрессорных веществ, которое происходит во время любой его деятельности и ее смен в течение дня. Чем больше ребенок делает, чем больше с него спрашивают, чем больше социальных ситуаций он должен регулировать, тем больше накапливается стрессорных веществ. Если его нервная система истощена, малейшая неприятность может повергнуть его в бешенство. К сожалению, он не понимает этого так, как понимаете вы. Он не чувствует, что происходит, до тех пор пока не становится слишком поздно.

## Найдите пусковые моменты и ранние признаки!

Чтобы избежать неожиданных эмоциональных срывов, надо знать, какие события приводят к накоплению стрессорных веществ у ребенка, что он может выдержать, и в особенности, необходимо знать ранние признаки того, что ребенок начинает расстраиваться (см. табл. 2).

У каждого ребенка будут свои едва заметные признаки того, что у него ослабляется регуляция. Зная эти признаки и понимая, какой тип активности и сколько ребенок

Таблица 2

### Типичные пусковые моменты и физические признаки стресса

Пусковые моменты	Физические признаки
<ul style="list-style-type: none"><li>● Усталость, голод, дискомфорт, болезнь</li><li>● Сенсорная перегрузка</li><li>● Переезды</li><li>● Новизна, неопределенность</li><li>● Тревога при выполнении задания</li><li>● Вынужденное общение</li><li>● Неожиданные изменения</li><li>● Неожиданные социальные ситуации</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Усиление аутостимуляции</li><li>● Изменение голоса</li><li>● Увеличение моторной активности</li><li>● Усиление повторяющегося поведения</li><li>● Изменения в языке тела (выражении лица, позе)</li><li>● Застревания</li></ul>

может выдержать, вы можете помочь ему оставаться в форме. Планируя день, помните, сколько и чего может выдержать ребенок, и возможны ли моменты, запускающие истерику. Помогайте ему установить собственный дневной темп, встраивая частые перерывы и успокаивающие стратегии, обеспечивающие его нервной системе покой и регуляцию. Когда вы понимаете, что расширяете его зоны комфорта, следите за этими ранними признаками, стараясь не давить на ребенка. Если вы их уловили, дайте «задний ход» и сделайте перерыв. По мере того как ребенок становится старше, важно учить его распознавать у себя начальные признаки срыва, как они ощущаются, и как выйти из ситуации и восстановиться. Научившись справляться со стрессом и перегрузкой, он станет меньше тревожным и будет контролировать эти моменты.

### **Когда момент нарастает!**

Как уже было сказано, наиболее эффективными для уменьшения эмоциональных срывов являются предупреждающие стратегии, уменьшающие прежде всего саму вероятность их возникновения. Называя физические, сенсорные, когнитивные, социальные и эмоциональные слабые места ребенка, учитывая их и поддерживая его, мы можем предотвратить множество срывов. Если требования настоящей ситуации превышают ресурсы ребенка, возможен срыв. Как только мозг перегружается большим количеством слишком быстро поступающей информации, он паникует и уходит в борьбу-или-бегство. Нам нужно уменьшить общий стресс путем подстраивания ситуации под слабые места ребенка. Приспосабливайте ситуации и действия к сенсорной гиперчувствительности ребенка. Делайте мир более понятным и предсказуемым с помощью структурированного расписания, конкретно и буквально называя вещи, разбивая события на отдельные блоки, предвосхищая их заранее и разрешая ребенку самому устанавливать темп. Про-

ясняйте и подтверждайте информацию, помогайте ребенку прокладывать дорогу в окружающем социальном мире. Старайтесь не настаивать на слишком частых социальных контактах, следите, чтобы они были простыми, во избежание перегрузки ребенка. Помните, что его мозг вынужден бороться, чтобы понять и регулировать обычные дневные события, и делайте частые перерывы для восстановления и перестройки.

### **Когда начинается обратный отсчет!**

Когда ребенок начинает демонстрировать первые физические признаки перегрузки, делайте следующее:

1. Скажите ребенку, что вы видите, что он расстраивается. Не задавайте вопросов и не требуйте, чтобы он думал или как-либо откликнулся. Просто скажите то, что видите, и подтвердите чувства ребенка. Уверьте его, что он в безопасности. «Мне кажется, ты расстроен! Это ничего, давай сядем прямо здесь и подышим».

2. Немедленно снимите все требования, говорите тише, короткими фразами. Не требуйте и не командуйте. Просто совершайте с ним шаг за шагом продвижение по знакомому, отрепетированному заранее способу успокоиться. У некоторых детей во время срыва способность обрабатывать слуховую информацию резко падает. Дома или в классе хорошо бы держать набор последовательных картинок, в которых содержится инструкция о том, что нужно делать.

3. Помогите ребенку применить знакомые способы шаг за шагом, по порядку. Поддерживайте ребенка, говорите очень мало. Помните, что не надо задавать вопросов и давать ненужные указания. Ребенку трудно воспринимать что-либо. Все внимание сосредоточьте на методах регуляции состояния.

4. Важно всячески выражать понимание и принятие. Ребенок нуждается в чувстве безопасности и принятия. Уважайте его зоны комфорта и успокойте. Невозможно переоценить значение этого.

5. После того как ребенок успокоился, помните, что полное восстановление займет еще какое-то время. Даже когда он внешне спокоен, уровень гормонов стресса у него еще очень высок, и ему нужно еще время. Постарайтесь на время упростить требования, обеспечьте дополнительную поддержку и следите, не появляются ли снова ранние признаки срыва.

6. Вскоре после этого, если ребенок способен, проговорите с ним ситуацию, делая акцент на том, что сработало, и как он справился со стрессом. Не обвиняйте и не критикуйте. Обдумывайте вместе все возникшие проблемы. Дайте ребенку почувствовать себя сильнее в работе с запланированной повседневной рутинной. Чем увереннее он себя чувствует, тем вероятнее, что он почувствует себя безопасно, применяя правила.

### Способы успокоить

Большинство маленьких детей нуждаются в сопровождении и помощи взрослого, чтобы успокоиться. Некоторым достаточно просто пропеть алфавит, напеть детский стишок или повторять снова и снова какую-нибудь успокаивающую фразу. Другим можно разрешить их любимую аутостимуляцию или сделать перерыв и дать заняться тем, что им нравится (чтением, музыкой и т.д.) Некоторых детей можно успокоить глубоким массажем или другой успокаивающей сенсорной стимуляцией: толканием, раскачиванием, подбрасыванием и т.д. (см. табл. 3).

Для тех детей, кто принимает помощь взрослого, чтобы успокоиться, часто эффективны два способа. Нежное укачивание и глубокий массаж — первый способ успокоить и организовать нервную систему. Повторяющиеся ритмические паттерны (баюканье, песенки, медленные ритмичные движения и т.д.) тоже могут помочь. Однако не навязывайте ребенку эти техники. Многие дети чувствительны к прикосновениям, и для них эти приемы будут слишком грубы. Перед тем как использовать эти способы на пике состояния, попробуйте их, когда ребенок спокоен, чтобы закрепить как безопасные успокаивающие приемы. Если они приятны ребенку, тогда и только тогда используйте их в качестве успокаивающих методов.

Детям, которые хотят успокаиваться сами, просто предоставьте место и время, чтобы они могли уйти в безопасную зону и заняться своим любимым успокаивающим делом (аутостимуляцией, заворачиванием в одеяло, чтением и т.д.). Им просто нужно время, чтобы восстановиться и прийти в себя. Все дети разные, и важно учитывать это при планировании действий.

### Глубокое давление

Глубокое давление способствует расслаблению и организации нервной системы. Его можно обеспечивать самыми разными способами.

1. *Сжатие рук.* Подходя к ребенку первый раз, я часто просто глубоко надавливаю

Таблица 3

Успокаивающие методы	
Медленно и тихо	Делайте все медленнее, говорите тише, снизьте требования
Глубокое давление	Глубокое давление: массаж рук, давление через подушку, тепло и т.д.
Проприорецепция	Проприорецепция, чтобы собраться: компрессия суставов, растягивание конечностей, растяжка тела
Регулирующие паттерны	Ритмические регулирующие паттерны: медленное ритмичное укачивание, подбрасывания, раскачивания с одновременным ритмичным напевом
Безопасная зона	Место, куда можно уйти и восстановиться
Расслабление	Процедуры расслабления: глубокое дыхание и мышечное напряжение/расслабление

на его ладонь. Я обхватываю его кисть своими руками и произвожу пульсирующие глубокие надавливания на ладонь. Обычно, делая это, я спокойно уверяю ребенка, что он в безопасности. Это простой и быстрый способ успокоить ребенка в первый раз.

2. *Глубокий массаж.* Можно делать глубокий массаж рук, плеч и спины или жесткими ритмичными поглаживаниями, или сжимающими движениями вверх и вниз по руке. Это можно делать стоя, сидя или лежа.

3. *Нейтрально-теплое обхватывание.* Это можно сделать, посадив ребенка между ног и плотно прижимая его к себе (его спина к вашей груди). Обеспечьте переносимые по силе объятия и медленно раскачивайтесь из стороны в сторону, что-нибудь напевая.

4. *Поглаживания плеч/рук.* Этот метод часто используется в комбинации с нейтрально-теплым обхватыванием. Ребенок сидит спиной к вашей груди, вы твердо обхватываете сверху его плечи. Обеспечивая крепкое давление, медленно двигайтесь по руке вниз и обратно ритмичными гладящими движениями. Не прерывайте прикосновения; оно должно быть непрерывным, твердым и плотным.

5. *Давление через подушку.* Посадите или уложите ребенка на мягкую поверхность (кушетку, кровать, мат и т.д.). Другой большой, например, диванной, подушкой оказывайте глубокое давление на туловище, руки и ноги, нежно, но твердо вдавливая подушку в ребенка в медленной пульсирующей манере. Не захватывайте голову и лицо и не мешайте дыханию. Опять же, делайте это только в случае, если ребенок сотрудничает, и его это успокаивает. Не навязывайте давление и не принуждайте.

6. *Жилеты /одеяла для глубокого давления.* Есть много различных моделей давящих жилетов для детей, и они производят хорошее успокаивающее сдавливание тела. Также можно приобрести утяжеленные одеяла, в которые дети могут заворачиваться.

Не применяйте эти техники, если ребенок сопротивляется!

## Как быть, если уже поздно?

Даже если у вас были самые лучшие намерения, а все же не удалось поймать первые признаки перегрузки у ребенка, он уже успел «уйти» в свое состояние и стать невосприимчивым к словам и к попыткам привлечь его внимание, ребенок просто переполнен эмоциями и не может сотрудничать, не может справиться с состоянием... В этот момент мы должны убрать все требования, снизить уровень раздражителей и, если возможно, позволить ребенку уйти из ситуации в спокойное место, чтобы восстановиться и перестроиться. Если вы видите, что ребенок очень расстроен и не может отозваться, подтвердите, что вы понимаете и уважаете его потребность уйти от любых раздражителей, любого взаимодействия и потребность подумать. Либо уберите все раздражители, либо переместите его в безопасное место. Если он мечется или бьется головой, усадите или уложите его на кровать, кушетку или мат. Уверьте его, что он в безопасности, и что вы будете рядом с ним. Дайте ему время и пространство и позвольте успокоиться самому. В такое время он не контролирует себя, и мы должны, следя за его безопасностью, передать ему свои сочувствие и принятие.

Когда ребенок успокоился, дайте ему еще какое-то время на восстановление. Позвольте ему решить, когда он будет готов поговорить или возобновить прежнее занятие. Дайте ему самому установить темп восстановления. Как только он успокоится и сможет говорить, можно спросить его, хочет ли он теперь заняться чем-нибудь спокойным.

Если ребенок остается агрессивным и не может использовать эти стратегии, подумайте о том, чтобы прибегнуть к профессиональной помощи.

## Иногда лучше совсем ничего не говорить!

Часто у детей на спектре в состоянии стресса способность обрабатывать слухо-

вую информацию резко снижается. Слова смешиваются, становятся непонятными, раздражающими. Нервная система перегружена, эмоции нарастают. Попытка заговорить с ребенком может усилить его агитацию. Мы хотим сделать лучше, пытаемся помочь ему, успокоить, разрешить его проблему, но наши попытки, похоже, только подливают масла в огонь. С такими детьми мы должны ограничивать речь или не говорить вообще. В зависимости от способности вашего ребенка обрабатывать информацию в таком состоянии, вам могут пригодиться следующие предложения:

- Если ребенок сохраняет какую-то способность воспринимать, давайте ясные указания, что он должен делать. Фраза «Джонни, ложись на кровать» даст ребенку четкую информацию о том, что ему нужно сделать, чтобы успокоиться, особенно если эта стратегия обсуждалась заранее и репетировалась. Имейте постоянный план действий, который прорабатывался и стал обычным. Когда способность ребенка думать резко падает, может оказаться эффективным четкое указание на то, что нужно делать. Не концентрируйтесь на том, что ребенок делает не так, не оценивайте его и не пытайтесь учить более приемлемому поведению. Не время учить, выговаривать, угрожать или наказывать. Просто дайте информацию, что делать, чтобы включить ребенка в действие. Это работает, только если: 1 — стратегия была согласована и отрепетирована и 2 — ребенок еще располагает какой-то способностью себя контролировать.

- С детьми, у которых способность воспринимать сохраняется лишь частично, старайтесь избегать вопросов, указаний, инструкций или оценок. Избегайте любых фраз, вынуждающих ребенка думать или делать что-то. Говорите повествовательным языком, который отражает, описывает, подтверждает, успокаивает, смягчает. Например, если ребенок расстроен, скажите «Джонни, кажется, ты расстроился!», а не «В чем дело, Джонни?». Первой фразой вы описываете то, что видите, не требуя отклика. Вторая фраза требует его внимания

и ответа. Это может усилить перегрузку и вызвать еще большую агитацию. Когда вы говорите «Джонни, ты выглядишь сердитым!», вы: 1 — отражаете, как вы видите то, что он чувствует, и 2 — приглашаете его отозваться, если он хочет этого. Бывают кстати подтверждающие и/или смягчающие слова, которые не заставляют ребенка думать и действовать. Они не столько дают инструкцию, сколько обеспечивают поддерживающее взаимодействие.

- С ребенком, который в стрессовой ситуации вообще не воспринимает речи, нужно быть готовым использовать картинки. Если вы уже обсуждали и практиковали какие-то стратегии совладания, у вас должны быть их изображения на ламинированной картонке, которую вы даете ребенку в руки, чтобы он знал, что нужно делать. Простая картинка может вызвать позитивный отклик, тогда как слова могут еще больше расстроить ребенка. У таких детей слуховое восприятие резко падает, а визуальную информацию им воспринять легче.

- Со многими детьми, у которых слуховое восприятие быстро нарушается, и которые совсем не понимают слов, лучше вообще ничего не говорить. Слова подливают масла в огонь и вынуждают ребенка воспринимать и обрабатывать, когда он уже перегружен. Некоторые из таких детей примут вашу физическую помощь, но не смогут понять ваши слова. Для них я бы рекомендовал поглаживание, физический контакт, движение, но не слова. Можно напевать колыбельную или другую успокаивающую мелодию, но без речи, которую нужно понять. Вы просто используете тон и ритм своего голоса, чтобы успокоить ребенка. Кроме того, есть дети, которые не выносят никакого взаимодействия. Они могут сердиться, теряться, перегружаться и просто не выносить взаимодействия! С такими можно просто постоять рядом, это даст им ощущение безопасности. Им достаточно одного знания, что вы рядом, для того чтобы следить за их безопасностью и поддерживать их.

- Наконец, есть дети, которым просто необходимо побыть одним! Их перегру-

жает даже одно ваше присутствие. От таких детей бывает нужно отойти и дать им больше пространства, чтобы они успокоились сами. Вы можете позаботиться о безопасном пространстве и о каких-нибудь предметах (игрушечных мягких животных, подушках и т.п.), которые могут помочь им успокоиться, но не требуют никакого взаимодействия.

У разных детей тип взаимодействия и количество речи будут различаться в зависимости от того, кто проводит вмешательство, где возникла проблема, в какое время дня, насколько далеко зашел эмоциональный срыв. Чем раньше на стадии нарастания вы вмешаетесь, тем большие возможности восприятия будет иметь ребенок.

Кроме того, многое зависит от состояния, в котором находилась их нервная система в момент затруднения, и от вида стимуляции вокруг. Если у них был тяжелый день, они не выспались, плохо себя чувствуют, их способность воспринимать информацию снизится еще быстрее.

Очень важно знать о том, как влияют слова, голос, способы взаимодействия на расстроенного ребенка. Надо знать, какой способ взаимодействия, если вообще возможно какое-либо взаимодействие, может успокоить и поддержать его. Важно слышать, понимать и уважать особенности ребенка. Этим мы способствуем тому, чтобы он чувствовал безопасность, принятие и поддержку во время эмоционального шторма. ■

### Core Challenges in Autism<sup>1</sup> Emotionality on spectrum

**B. Nason\***,  
Clinical psychologist,  
specialist in applied behavioural analysis,  
Grand Blanc, state Michigan, the USA  
*billnason@yahoo.com*

Bill Nason — an American clinical psychologist, «a humanistic behaviorist» as he calls himself — tells us about the emotional problems of people on the autistic spectrum. The chapter 13 of his Blue book «The Autism Discussion Page» is devoted to specific emotional states of autistic people — shutdowns and meltdowns. While emphasizing that both states occur under the nervous system overload, he points on the importance of calm and predictable routine for people on the spectrum. The author distinguishes tantrums as a form of manipulative behaviour and meltdowns which do not have any manipulation in them. B. Nason describes the early signs of meltdowns and the full picture of them and gives us the means for coping. He pays a specific attention to the calming techniques. Interesting recommendations for both verbal and nonverbal interactions with a child in a meltdown are given.

**Keywords:** autism, autistic spectrum, meltdown, tantrum, shutdown, stress chemicals, calming, deep pressure.

*Translated from English by L.G. Borodina*

#### For citation:

Nason B. Core Challenges of Autism. Emotionality on spectrum. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders (Russia)*. 2017. Vol. 15. No 3. pp. 58–68. doi: 10.17759/autdd.2017150308

\* *Nason Bill*, clinical psychologist, applied behavior analysis specialist, Grand Blanc, Michigan, USA. E-mail: billnason@yahoo.com

<sup>1</sup> Continuation. Beginning in 3 (48), 2015.

ИНТЕРВЬЮ  
INTERVIEW

## Инклюзия в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра

**Л. Дорманд\***,  
Национальное общество аутизма, Школа Роберт Огден,  
Тернско, Великобритания.  
robert.ogden@nas.org.uk

**Е.Ф. Шведовский\*\***,  
Московский государственный психолого-педагогический университет,  
Москва, Россия.  
shvedovskijef@mgppu.ru

Сотрудник Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра при поддержке пресс-службы Московского государственного психолого-педагогического университета провел интервью с Лорейн Дорманд — директором английской школы Роберт Огден (Robert Ogden school) для детей с аутистическими нарушениями, управляемой благотворительной организацией Национальное общество аутизма (National Autistic Society). Госпожа Дорманд принимала участие в IV Международной научно-практической конференции «Инклюзивное образование: преимущество инклюзивной культуры и практики», прошедшей в Москве в конце июня. В ходе встречи обсуждались вопросы, связанные с ролью инклюзии в образовательной системе Великобритании и России, общие впечатления от посещения Федерального ресурсного центра и личный опыт работы с детьми аутистического спектра. Интервью состоялось 23 июня 2017 года во время посещения Лорейн Дорманд Федерального ресурсного центра.

**Ключевые слова:** аутизм, инклюзия, Национальное общество аутизма, расстройства аутистического спектра.

**Для цитаты:**

Дорманд Л., Шведовский Е.Ф. Инклюзия в работе с детьми с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 69–72. doi: 10.17759/autdd.2017150309

\* Лорейн Дорманд, директор школы Роберт Огден (Robert Ogden), Тернско, Южный Йоркшир, Национальное общество аутизма, Великобритания,

\*\* Шведовский Евгений Феликсович, методист Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», младший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. E-mail: shvedovskijef@mgppu.ru

**Е.Ш.: Лорейн, как вы считаете, какое место занимает инклюзия в системе образования Великобритании?**

**Л.Д.:** Инклюзия занимает одну из ключевых ролей в британской системе образования. Мы хотим, чтобы ребенок с аутизмом был полноценным членом общества. Правительство делает множество усилий для того, чтобы дать родителям и детям настоящее «право голоса». Мы стараемся дать им лучшие возможности и наилучший старт для жизни. На сегодняшний день разработан документ под названием «Education, Health, Care — Plan». Принятие этого документа позволяет всем специалистам и семье работать с ребенком в полном объеме, имея право голоса. «Education, Health, Care — Plan» очень важен, потому что с помощью него ребенок получает тот объем помощи, который ему реально требуется.

**Е.Ш.: Вы участвовали в работе конференции в Москве. Как вы думаете, в чем схожи британская и российская системы инклюзивного образования?**

**Л.Д.:** Для меня было очень интересно увидеть другую систему и увидеть то, каким образом другая страна работает с такими очень сложными молодыми людьми. Я была очень удивлена уровнем согласованности внутри страны. Люди, с которыми я общалась, хорошо осведомлены о проблеме и говорят на профессиональном языке, в них чувствуется очень большой энтузиазм в работе с детьми. Я думаю, что основная проблема в России связана с тем, что это огромная страна, и достижение согласованности в таких условиях, как правило, очень сложная задача. Однако, похоже, что здесь есть много энергии и драйва для решения этой задачи. Я очень надеюсь, что в ближайшие годы Россия и Великобритания будут работать в тесном сотрудничестве для разработки международного протокола работы с детьми и молодыми людьми с аутизмом.

**Е.Ш.: Что для вас было интересно увидеть и услышать на конференции?**

**Л.Д.:** В Великобритании мы хотим убедиться в научной обоснованности всех ме-

тодов работы с детьми. И очевидно, что в России исследования в области научной доказательности и научной обоснованности методов так же важны. В университете и в Федеральном ресурсном центре я увидела, что методы работы и уровень исследований достаточно высоки. И эта информация может достичь достаточно широкого круга людей через интернет-портал, а также, в особенности, через журнал (журнал «Аутизм и нарушения развития», Россия — *прим. ред.*). После сегодняшнего посещения Федерального ресурсного центра я была в восторге от оборудования школы и классов центра, а также от внимания, которое уделяется среде и тому, чтобы среда подходила для детей, обучающихся здесь. Даже дизайну и акустическим свойствам помещений уделяется особое внимание. Конференция в целом явилась для меня прекрасной возможностью поговорить с коллегами из Германии, с психологами из Великобритании, посмотреть на то, что делают коллеги в Швеции в области инклюзивного образования. У меня была интересная возможность увидеть общие черты и различия в подходах. В основном различия вытекают из разницы в ресурсах или небольших различиях в мнениях. Но я была очень вдохновлена тем фактом, что все используют одни фундаментальные подходы. Мы все осознаем, что люди с аутизмом должны иметь права для того, чтобы быть полностью принятыми в нашем обществе. И мы все работаем над тем, чтобы достичь этой главной цели.

**Е.Ш.: У вас была возможность посмотреть на то, как работают специалисты Федерального ресурсного центра, и хотелось бы узнать ваше мнение о нем.**

**Л.Д.:** Я была поражена уровнем знаний специалистов ФРЦ. Меня впечатлила организация пространства в классных комнатах. Очень важно, чтобы в тех зонах, где обучаются дети с аутизмом, пространство было незагроможденным. Потому что любой беспорядок может быть очень разрушительным. Я думаю, что в вашем центре комнаты организованы и структурированы очень грамотно. Я почувствовала контраст

между школой, в которой я работаю, и Федеральным ресурсным центром. У нас гораздо большая площадь, и наши кабинеты гораздо больше. Однако, говоря об этом, нужно отметить, что пространство в ФРЦ организовано очень хорошо, очевидно знание специалистами специфики вмешательства в аутизм. Очень важно, что используются стены, и визуальное расписание доступно для восприятия. Всегда радуется, когда люди принимают во внимание потребности детей и молодых людей, с которыми работают специалисты.

**Е.Ш.: Какая на ваш взгляд основная проблема в инклюзии?**

**Л.Д.:** В Англии мы часто говорим, что 70% проблем, которые наблюдаются у детей с аутизмом, вызваны нейротипичными людьми, которые их окружают. Я думаю, что одной из главных преград для настоящей инклюзии является отсутствие у большинства населения понимания того, что они могут делать какие-то небольшие вещи каждый день, чтобы улучшить жизнь людей с аутизмом. И люди, которые открывают магазины, центры, парикмахерские или управляют колледжами или университетами, могут брать во внимание потребности людей с аутизмом в нашем обществе. Мы наблюдаем большое количество людей с аутизмом, которые прекрасно живут нормальной жизнью, но чуть большая адаптация к окружающей среде или к тому, как люди работают с ними или разговаривают с ними, может иметь большое значение. Я думаю, что наша работа с международными партнерами очень важна в области такого сопровождения. Мы долж-

ны убедиться, что информация об аутизме доходит до простых людей, а не только до специалистов, ежедневно работающих с детьми с аутизмом.

**Е.Ш.: Что послужило основанием для вашего решения работать с детьми, имеющими РАС?**

**Л.Д.:** Много лет назад я получила образование как учитель. И работала в обычных школах. Но мне стало скучно. Я решила, что больше не хочу преподавать, пыталась найти работу в ювелирном магазине. Но благодаря тому, что у меня было образование учителя, мне не позволили там работать. И я какое-то время работала помощником учителя в школе для детей с аутизмом. И влюбилась в аутизм. И влюбилась снова в учительство (преподавание). И я осознала, что быть учителем — это мое призвание, но не в обычной среде. Я хочу учить именно этих детей. Я прошла путь от помощника учителя до учителя, специалиста-консультанта и директора достаточно большой школы для детей с аутизмом. На протяжении этого пути у меня было множество испытаний, это вдохновило меня, и я хочу делать все самое лучшее для молодых людей с аутизмом.

**Е.Ш.: Лорейн, спасибо за беседу. От имени всех сотрудников Федерального ресурсного центра желаем вам продуктивной и интересной работы с детьми. Надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество! ■**

*Видеозапись интервью:*  
<https://youtu.be/WRE53WEQJb8>

## Inclusion in the work with children with autism spectrum disorders<sup>1</sup>

**L. Dormand\***,  
National Autistic Society,  
Robert Ogden School,  
Ternsko, Great Britain  
*robert.ogden@nas.org.uk*

**E. Shvedovskiy\*\***,  
Moscow State University of Psychology & Education,  
Moscow, Russia,  
*shvedovskijef@mgppu.ru*

Work fellow of Federal recourse center with the support of Moscow state university of psychology and education press-office had an interview with Lorraine Dormand, the director of the Robert Ogden School for children with ASD, managed by UK's National autistic society. Mrs. Dormand took part in the IV International scientific and practical conference «Inclusive education: continuity of inclusive culture and practice», which was held in the end of June in Moscow. Following issues were discussed: the role of inclusion in the education system of Russia and Great Britain, general impression from the Federal resource center visit and personal experience of working with children with ASD. The interview was held at June 23 2017 during the visit to the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD.

**Keywords:** autism, inclusion, National autistic society, autism spectrum disorders

### For citation:

Dormand L., Shvedovskiy E. Inclusion in the work with children with autism spectrum disorders *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and developmental disorders (Russia)*. 2017. T. 15. No 3. pp. 69–72. doi: 10.17759/autdd.2017150309

\* *Dormand Lorraine*, director of the Robert Ogden School, Ternsko, South Yorkshire, National Autistic Society, Great Britain. E-mail: robert.ogden@nas.org.uk

\*\* *Shvedovskiy Evgeniy*, methodologist, Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD, Moscow State University of Psychology & Education, junior research fellow, Mental Health Research Center, Moscow, Russia. E-mail: shvedovskijef@mgppu.ru

---

<sup>1</sup> «Your Autism Magazine», Vol. 50. No 2. Summer, 2016. [http://matrix2.mgup.ru/users/sign\\_in](http://matrix2.mgup.ru/users/sign_in) Printed with the consent of the author.

**II Всероссийская конференция Комплексное сопровождение детей  
с расстройствами аутистического спектра**  
*22—24 ноября 2017 г., Москва*

**Организаторы конференции:**

Министерство образования и науки Российской Федерации,  
Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Московского государственного психолого-педагогического университета.

**Партнеры конференции:** Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, Фонд «Обнаженные сердца», Благотворительный фонд «Выход», Центр реабилитации инвалидов детства «Наш Солнечный Мир», Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения Псковской области (г. Псков), Региональная благотворительная общественная организация «Центр лечебной педагогики» (г. Москва), АНО «Центр проблем аутизма», Институт коррекционной педагогики РАО, Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, Международный институт аутизма КГПУ им. В.П. Астафьева, Департамент образования г. Москвы, РОБО «Общество помощи аутичным детям “Добро”», РОО помощи детям с расстройствами аутистического спектра «Контакт», Городской психолого-педагогический центр ДОГМ.

**Информационные партнеры конференции:** МИА «Россия сегодня» (проект «Социальный навигатор»), Агентство социальной информации (АСИ), журнал «Аутизм и нарушения развития», электронный журнал «Психологическая наука и образование», журнал «Здоровье школьника», телепередача «Фактор жизни» канала ТВЦ.

**К участию в конференции приглашаются** представители федеральных и региональных министерств и ведомств, родительских и общественных организаций, специалисты в сфере образования, здравоохранения, социального обслуживания, культуры и спорта.

**Цель конференции:** развитие системы комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра в Российской Федерации.

**Направления работы конференции:**

Межведомственное взаимодействие в системе комплексной помощи детям с РАС.

Преимущества сопровождения детей с РАС на разных этапах развития детей.

Региональный опыт развития системы помощи детям с РАС.

Модели образования детей с РАС.

Технологии сопровождения детей с РАС.

Научные исследования в области РАС.

**Формы работы и взаимодействия участников конференции:**

пленарные доклады, секционные доклады, круглые столы, семинары, мастер-классы, презентационные площадки, панельные дискуссии.

**Уровень конференции:** всероссийский с международным участием.

Планируется издание сборника материалов конференции.

Рабочие языки конференции — русский, английский.

Регистрация на мероприятие осуществляется на сайте ФРЦ МГППУ [www.autism-frc.ru](http://www.autism-frc.ru)

**Условия участия**

Для участия в конференции необходимо до **31 октября 2017 г.** заполнить заявку на портале Федерального ресурсного центра: [www.autism-frc.ru](http://www.autism-frc.ru) или прислать письмо на адрес [rasconf.frc@gmail.com](mailto:rasconf.frc@gmail.com) с заявкой на участие.

Участие во всех мероприятиях конференции **бесплатное**.

Командирование на конференцию — за счет направляющей стороны.

По итогам работы конференции будет издан сборник материалов.

Публикация в сборнике **бесплатная**. Сборник материалов будет размещен в Научной электронной библиотеке с индексацией в РИНЦ.

Материалы к публикации принимаются на e-mail: [rasconf.frc@gmail.com](mailto:rasconf.frc@gmail.com) до 15 октября.

Тема письма: публикация.

**Всероссийский научно-практический семинар  
«Комплексная социально-реабилитационная  
помощь детям с расстройствами  
аутистического спектра»  
20 сентября 2017 г., Астрахань**

20 сентября солнечная Астрахань встречала участников Всероссийского научно-практического семинара «Комплексная социально-реабилитационная помощь детям с расстройствами аутистического спектра».

Семинар был организован Министерством образования и науки Российской Федерации, Министерством социального развития и труда Астраханской области, Федеральным ресурсным центром по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра МГППУ и Государственным автономным учреждением Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей “Коррекция и развитие”».

Для участия в семинаре в Астрахань приехали специалисты и представители родительских организаций из 14 регионов РФ. Свой опыт в организации комплексной социально-реабилитационной помощи детям с РАС представили специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Астрахани и Краснодарского края.

Участники семинара получили возможность обсудить вопросы по актуальным темам:

Региональные модели организации социально-реабилитационной помощи детям с РАС;

Технологии социально-реабилитационной работы с детьми, имеющими РАС;

Преимущества комплексной помощи детям с РАС на различных возрастных этапах;

Взаимосвязь социально-реабилитационных мероприятий, образования и медицинского сопровождения.

Всего в семинаре приняли участие более 250 специалистов, представителей общественных организаций и родительских сообществ.

Большой интерес вызвала тема ранней помощи детям с РАС. Активно обсуждались вопросы организации межведомственного взаимодействия в системе комплексной помощи детям с РАС, которое является одним из важнейших условий своевременной и эффективной помощи семьям, воспитывающим детей с аутизмом. Большинство докладчиков подчеркнули положительные тенденции в развитии системы помощи детям с РАС в регионах.

Подводя итоги семинара, участники единодушно отметили значимость проведения подобных мероприятий, необходимость организации площадок для обмена опытом. Родители и специалисты разных ведомств готовы, объединив усилия, оказывать помощь детям с РАС в социальной адаптации и в повседневной жизни. Отметим, что это является главной задачей развивающейся в нашей стране системы комплексной помощи детям с РАС.

*Е.В. Разухина,  
ФРЦ МГППУ*

**VI Международный форум  
«Каждый ребенок достоин семьи»  
2—5 октября 2017 г., Москва**

В Москве прошел VI Международный Форум «Каждый ребенок достоин семьи». Форум — ежегодное мероприятие, организуемое Фондом «Обнаженные сердца» для ведущих российских и зарубежных экспертов в области детского развития, а также для специалистов НКО и семей, воспитывающих детей с нарушениями развития. Основная задача Форума — предоставить площадку для общения и обмена опытом не только российских и международных специалистов, представителей НКО, но и участников родительских общественных организаций. Форум проводится на ежегодной основе, что дает возможность регулярно узнавать о последних разработках российских и зарубежных коллег и способствует развитию профессионального сообщества в России.

Среди тем выступлений и мастер-классов этого года: современные программы помощи детям с аутизмом, имеющим поведенческие нарушения; «Лето со смыслом» — интегративные лагеря для детей и молодых людей с аутизмом; диагностика и программы помощи детям с синдромом дефицита внимания, с тревожными расстройствами, дислексией и синдромом Туретта; доказанно эффективные программы помощи детям с фетальным алкогольным синдромом; современные программы семейно-центрированной реабилитации детей с двигательными нарушениями и многие другие.

*Источник: <http://forum.nakedheart.org/>*

**X фестиваль по конному спорту для детей  
с ограниченными возможностями  
«ЗОЛОТАЯ ОСЕНЬ»  
7 октября 2017 г., Котельники Московской области**

Ежегодный, десятый, фестиваль прошел базе специализированной детско-юношеской спортивной школы олимпийского резерва «Белка» в конноспортивном клубе «Белая дача» (г. Котельники Московской области). В фестивале приняли участие около 300 детей с ограниченными возможностями из многих городов России.

Дети — участники фестиваля имеют различные диагнозы: детский церебральный паралич, синдром Дауна, олигофрения, ранний детский аутизм, различные нарушения опорно-двигательного аппарата, интеллектуальной и психоэмоциональной сферы.

На празднике с приветствием к молодежи обратились представители государственных структур и учреждений, занимающихся проблемами социальной интеграции и адаптации молодых инвалидов. Были проведены:

- выступления участников верхом на лошадях;
- показательные выступления ведущих спортсменов СДЮСШОР «Белка»;
- торжественная церемония награждения участников, победителей и призёров.

По окончании фестиваля проведена конференция представителей организаций, занимающихся реабилитационной верховой ездой.

Источник: <http://www.forsmi.ru/announce/361457/>

## АНОНСЫ

### **III Фестиваль реабилитационных программ для людей с психическими особенностями «Другие?» пройдет 13 октября 2017 г. в Санкт-Петербурге**

Союз охраны психического здоровья при сотрудничестве с Российским обществом психиатров, Всероссийской Ассоциацией центров психосоциальной реабилитации, Всемирным клубом петербуржцев, Общероссийской профессиональной психотерапевтической лигой и Санкт-Петербургской благотворительной организацией «Перспективы» при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации проводит III Фестиваль реабилитационных программ для людей с психическими особенностями «Другие?». Это ежегодное мероприятие традиционно приурочено к празднованию Международного дня охраны психического здоровья.

#### **Цель фестиваля**

Улучшение здоровья и качества жизни людей, страдающих психическими расстройствами, через развитие системы негосударственных реабилитационных услуг, а также общественно-ориентированной психиатрической помощи и социальной защиты в Северо-Западном федеральном округе России.

В рамках проекта планируется провести исследование негосударственных реабилитационных ресурсов в Республике Карелия, Республике Коми, Архангельской области, Ненецкого автономного округа, Вологодской области, Мурманской области, Ленинградской области, Новгородской области, Псковской области, Калининградской области и Санкт-Петербурге, а также подготовить каталог реабилитационных услуг и книгу о фестивале с описанием успешных практик в этой области.

Основными мероприятиями фестиваля станут: Международный Форум реабилитационных программ; Ярмарка ремесел, изобразительного искусства и инклюзивного творчества «Мир особых мастеров»; Конкурс волонтерских программ в сфере реабилитации «Другие»; Конкурс на звание социально-ответственного предприятия в сфере охраны психического здоровья «Признание» и др.

Источник: <http://festival.mental-health-russia.ru/>

### **VII Ежегодный конгресс с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движения у детей» пройдет 30—31 октября 2017 г. в Москве**

**Организаторы:** Департамент Здравоохранения города Москвы; Всероссийское общество неврологов; Научно-практический центр детской психоневрологии Депар-

тамента здравоохранения г. Москвы; Институт инновационной реабилитации; Национальная ассоциация экспертов по проблемам детского церебрального паралича и сопряженных заболеваний; Благотворительный фонд помощи детям, больным ДЦП, «ШАГ ВМЕСТЕ».

В конгрессе примут участие ведущие специалисты в области неврологии, ортопедии, нейрохирургии, нейрофизиологии, неонатологии, лечебной физкультуры, психологии, дефектологии и других специальностей. Особое внимание будет уделено теме ранних предикторов формирования детской неврологической инвалидности, редким болезням нервной системы у детей, пароксизмальным состояниям эпилептического и неэпилептического генеза у детей, психосоматической патологии детского возраста и патологическим состояниям, сопутствующим поражению нервной системы у детей и подростков.

#### **Основные темы научной программы конгресса:**

- Поиск оптимальной модели реабилитации детей с двигательными нарушениями
  - Медицинские, психологические и социальные аспекты взаимодействия с семьей ребенка с поражением нервной системы
  - Современные взгляды на патофизиологию расстройств движения
  - Современные методы диагностики патологии движения у детей
  - Соматические аспекты курации ребенка с хронической патологией нервной системы
  - Нейрохирургическое лечение детей с нарушениями движения
  - Место нейропротективной терапии у детей с нарушениями движения
  - Инновационные методы лечения нарушений движения у детей
  - Пароксизмальные состояния эпилептического и неэпилептического генеза у детей и подростков
  - Редкие болезни нервной системы в педиатрии
  - Наследственные заболевания нервной системы
  - Когнитивные и нейропсихологические нарушения у детей с заболеваниями нервной системы.
  - Психосоматические нарушения у детей с патологией нервной системы и методы их коррекции
  - Вопросы социализации и образования детей с хроническими заболеваниями ЦНС
  - Педиатрические вопросы в неврологической практике
  - Роль общественных и родительских организаций в помощи детям и подросткам с неврологическими заболеваниями
  - Методы доказательной медицины в оценке эффективности лечения детей с патологией нервной системы
  - Правовые аспекты деятельности детского невролога
  - Приверженность к лечению в семье ребенка с хроническими неврологическими заболеваниями
- В рамках конгресса будет проведена медицинская выставка. Планируется издание сборника тезисов.
- Оргкомитет: телефон 8 (495) 430-80-67, e-mail: [aecp2011@yandex.ru](mailto:aecp2011@yandex.ru)

Источник: <http://association-dcp.ru>

## **II Всероссийский съезд дефектологов пройдет 2—3 ноября 2017 г., Москва**

Организатор съезда — Министерство образования и науки Российской Федерации.

Цель съезда — определение приоритетов и выработка стратегии развития системы образования, способствующей позитивной социализации и самореализации детей с ОВЗ и инвалидностью.

Задачи съезда — актуализация вопросов создания условий для позитивной социализации и самореализации детей с ОВЗ и инвалидностью в современном мире.

Обсуждаемые вопросы:

— Развитие системы ранней помощи детям с ОВЗ и инвалидностью;

— Индивидуализация образования и обеспечение непрерывности и вариативности дошкольного, общего, профессионального и высшего образования лиц с ОВЗ и инвалидностью;

— Развитие междисциплинарных форм образования, комплексной реабилитации и абилитации детей с ОВЗ и инвалидностью;

— Распространение инклюзивного образования для различных категорий детей с ОВЗ и инвалидностью;

— Оценка и контроль качества в сфере образования с учетом внедрения ФГОС для лиц с ОВЗ и специальных требований к реализации ФГОС в условиях инклюзивного образования;

— Модернизация профессионального образования и повышение квалификации специалистов, работающих с детьми с ОВЗ и с инвалидностью;

— Развитие доступной образовательной среды (обеспечение доступности для лиц с ОВЗ и инвалидностью объектов и предоставляемых услуг в сфере образования);

— Эффективность трудоустройства молодежи с ОВЗ, их приобщения к профессиям, востребованным на рынке труда;

— Мотивирование представителей сферы бизнеса и общественных организаций к участию в судьбе детей с ОВЗ и с инвалидностью;

— Социальная и психологическая поддержка родителей (законных представителей) детей с ОВЗ и с инвалидностью;

— Формирование толерантного отношения к детям с ОВЗ и инвалидностью через образование, культуру и средства массовой коммуникации.

На II Всероссийском съезде дефектологов пройдет обсуждение проекта профессионального стандарта «Педагог-дефектолог (учитель-логопед, сурдопедагог, олигофренопедагог, тифлопедагог)».

*Источник: <http://defectolog2017>*

## **II Конгресс «Психическое здоровье человека XXI века» с темой «Психическое здоровье и образование» пройдет 19—21 октября 2018 г. в Москве**

II Конгресс «Психическое здоровье человека XXI века» продолжает традиции предыдущего Конгресса (7—8 октября 2016 г., Москва), ставшего глобальной междисциплинарной и межсекторной платформой для обсуждения региональных стратегий по улучшению психического здоровья в мире.

Тема II Конгресса — «Психическое здоровье и образование». II Конгресс «Психическое здоровье человека XXI века» призван способствовать формированию благоприятной образовательной среды для сохранения психического здоровья на основе междисциплинарного, межведомственного и межсекторного взаимодействия.

*Источник: [www.mental-health-congress.ru](http://www.mental-health-congress.ru)*

## **ИНФОРМАЦИЯ**

12 августа 2017 года вступил в силу Приказ Минтруда России от 13.06.2017 № 486н ([link is external](#)), утвердивший новый Порядок разработки и реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалида и ребенка-инвалида (далее ИПРА), выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их новые формы.

*Источник: <http://publication.pravo.gov.ru/>*