

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1. РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ КАК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА .....</b>	<b>7</b>
1.1. Общие теоретические положения о детском аутизме.....	7
1.2. Психологические особенности детей младшего школьного возраста.....	22
<b>ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ.....</b>	<b>28</b>
<b>ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ .....</b>	<b>30</b>
2.1. Организация, методы и методики исследования.....	30
2.2. Анализ результатов.....	31
2.3. Основные направления коррекции негативных тенденций развития личности младших школьников с ранним детским аутизмом .....	34
2.4. Работа по профилактике негативных тенденций развития личности в образовательных учреждениях и с участием родителей младших школьников.....	58
<b>ВЫВОДЫ ПО 2 ГЛАВЕ.....</b>	<b>72</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>75</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....</b>	<b>78</b>

## ВВЕДЕНИЕ

Ранний детский аутизм (РДА) в настоящее время все чаще рассматривается как психолого-педагогическая проблема. По международной классификации детский аутизм относится к pervasive нарушениям, охватывающим все стороны психического развития ребенка.

Комплексная медико-психолого-педагогическая помощь детям с аутизмом имеет своей целью возможно более полную социализацию ребенка. При этом среди задач психолога одной из важнейших является формирование конкретных средств коммуникации и социально-бытовой адаптации, навыков, позволяющих ребенку вписаться в его социальное окружение.

Разнообразная и яркая картина аффективных проблем и вторичных защитных установок таких детей: уход от контакта, негативизм, стереотипность, страхи, агрессивные и самоагрессивные проявления часто маскирует существование выраженных трудностей в освоении ими адекватных форм социального поведения. Известно, что с возрастом по мере сглаживания аутистических черт все более очевидной становится именно неприиспособленность ребенка даже к повседневной жизни. Особая социальная наивность проявляется у таких детей в подростковом и сохраняется во взрослом возрасте.

Огромная эмоциональная нагрузка, лежащая на его близких, как правило, усугубляется многолетним физическим напряжением. Понятно, что близким часто легче осуществлять уход за ребенком, чем брать на себя тяжелый труд по выработке у него самостоятельных навыков бытовой адаптации. Однако в этом случае складывающиеся стереотипы гиперопеки в свою очередь начинают препятствовать социальному развитию ребенка. Необходима разработка форм коррекционного вмешательства, которые позволят преодолеть эти типичные трудности семьи.

Известно, что существует большой опыт разрешения подобных проблем, накопленный в зарубежной психологии, прежде всего в рамках поведенческой терапии. Проводятся активные попытки ассимиляции его как отечественными специалистами, так и самими родителями детей с аутизмом.

Однако на современном этапе отсутствуют комплексные исследования по профилактике негативных тенденций развития личности у младших школьников, хотя данная возрастная группа по фактору своих физиологических особенностей подвержена риску и требует пристального внимания, как со стороны родителей, так и специалистов.

Изучение специализированной литературы позволяет сделать вывод о наличии **противоречия** между объективной необходимостью коррекции развития личности младших школьников с ранним детским аутизмом и недостаточной разработанностью на современном этапе научно обоснованных коррекционных и профилактических мероприятий данной направленности.

Вышеизложенное обуславливает актуальность избранной тематики и **проблему исследования**, которая заключается в недостаточной разработанности научно обоснованных мероприятий и программ, направленных на коррекцию и профилактику личностной сферы детей младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом.

**Цель исследования:** разработать комплекс психолого - педагогических мероприятий, обеспечивающих развитие личностной сферы детей младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом.

**Объект исследования:** личностная сфера детей младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом.

**Предмет исследования:** развитие личностной сферы детей младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом.

### **Задачи:**

- изучить психолого-педагогическую литературу в области детского аутизма и психологических особенностей детей младшего школьного возраста;
- выделить и описать негативные тенденции и дефициты в развитии личности младших школьников с ранним детским аутизмом;
- разработать комплекс коррекционных мероприятий, направленных на развитие личностной сферы детей младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом;
- разработать рекомендации по профилактике негативных тенденций развития личности детей с ранним детским аутизмом, при участии родителей младших школьников.

**Гипотеза исследования:** дети младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом обладают рядом особенностей в развитии личностной сферы. Комплекс психолого-педагогических мероприятий, включающий: информационно-просветительскую работу с родителями и поведенческий тренинг, направленный на развитие механизма позитивной идентификации детей обеспечит эффективную коррекцию дефицитов в развитии личностной сферы детей младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом.

### **Методологические подходы, используемые при проведении исследования:**

Деятельностный подход (К.А. Абульханова - Славская, А.В. Брушлинский, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, А.В. Петровский, С.Л. Рубинштейн);

Системный подход к изучению личности (Б.Г. Ананьев, А.Н. Леонтьев, К.К. Платонов, В.В. Рубцов).

### **Теоретические подходы, используемые при проведении исследования:**

Эмоционально - уровневый подход (В. Лебединский, К.С. Лебединская, О.С. Никольский).

### **Методы исследования:**

- Организационные: сравнительный.
- Эмпирические: проективный, опросный.
- Методы обработки: качественные и количественные, статистический критерий знаков.

### **Методики исследования:**

- «Рисунок семьи» Р. Бернса и С. Кауфмана (выявление личностных особенностей ребенка);
- Шкала тревожности, адаптированная А.М. Прихожан;
- Методика изучения самооценки (Г. А. Урунтаева, Ю.А. Афонькина).

**Научная новизна исследования** состоит в том, что разработан и апробирован комплекс мероприятий, направленных на включение в программу коррекционных действий родителей детей младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом и обеспечен механизм идентификации исследуемых.

**Практическая значимость исследования** заключается в расширении представления о коррекционной работе с детьми младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом. Результаты исследования могут быть использованы в ходе психолого-педагогической практики.

**Структура работы** обусловлена ее целью и задачами, и состоит из введения, двух глав, включающих в себя шесть параграфов, заключения, списка использованных источников.

# ГЛАВА 1. РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ КАК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

## 1.1. Общие теоретические положения о детском аутизме

По современным международным классификациям детский аутизм относится к первазивным нарушениям, охватывающим все стороны психического развития ребенка. Различные патологические агенты могут вносить индивидуальные черты в картину детского аутизма: он может быть связан с нарушениями интеллектуального развития разной степени, с более или менее грубым недоразвитием речи.

Аутистические поведенческие проявления могут выражаться в различных формах, однако признано, что ранний детский аутизм является вполне определенным, характерным типом психического дизонтогенеза.

Итак, общепризнано, что наряду с самостоятельной аномалией эмоционально-поведенческого и интеллектуального развития (ранний детский аутизм, или синдром Каннера) существуют синдромы аутизма, вызывающие различные формы психического дизонтогенеза [10, с. 103].

В доступной нам отечественной и зарубежной литературе можно встретить целый ряд терминов: «дети с аутизмом», «аутичные дети», «аутистические нарушения», «дети аутичного спектра», «дети с аутичным типом развития».

В англоязычных странах широко используется термин PDD-NOS (pervasive developmental disorder not otherwise specified – неопределенное первазивное нарушение развития) в отношении детей до трех лет, которые демонстрируют четкие признаки аутизма, но окончательно ставить такой диагноз специалисты считают преждевременным. Мы считаем, что все эти названия имеют право на существование, однако именно «аутизм» – более узкое и конкретное понятие, чем все остальные.

Под термином «аутизм», как правило, понимают непосредственно ранний детский аутизм (синдром Каннера).

В последнее время в медицинской литературе обычно используется термин «расстройства спектра аутизма». Дети с расстройством спектра аутизма, как правило, имеют неврологическую симптоматику. Существуют данные о том, что аутизм часто сопровождается тяжелыми заболеваниями центральной нервной системы: эпилепсией, внутренней гидроцефалией.

При отсутствии конкретных заболеваний при неврологическом обследовании у таких детей часто обнаруживаются признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома, а также – мышечная дистония со склонностью к гипотонии, рассеянная неврологическая симптоматика.

Аутизм описывается при различных заболеваниях центральной нервной системы и организма в целом. Чаще всего – при шизофреническом процессе, реже – при органической патологии мозга (врожденном токсоплазмозе, сифилисе, рубеолярной энцефалопатии, другой резидуальной недостаточности центральной нервной системы, интоксикации свинцом и др.).

В последние годы появилось предположение о значительной роли в патогенезе аутизма поствакцинальных осложнений со стороны центральной нервной системы. Однако по этому поводу еще не проведены серьезные исследования. Поступает все больше подтверждений того, что расстройства спектра аутизма чаще вызываются генной патологией, для запуска патологического механизма требуется дополнительный внешний фактор (вакцинация, заболевания, стресс и др.).

Аутичный тип развития описывают также при различных врожденных дефектах обмена веществ (фенилкетонурии, гистидинемии, церебральном менидозе, мукополисахаридозах, нарушениях пуринового обмена и др.), прогрессирующих дегенеративных заболеваниях, среди которых в настоящее время наибольшее внимание привлекает синдром Ретта, имеющий значительный клинический полиморфизм.

Аутические симптомы могут наблюдаться при заболеваниях генетического происхождения, таких как синдром Дауна, синдром Леша-Нихана, гарголизм, синдром Нунан. Почти при всех этих генетических заболеваниях синдром аутизма включает интеллектуальную недостаточность различной степени. Поскольку у значительной части аутичных индивидуумов мозг и окружность головы аномально велики, распространенные аномалии неврологического развития могут оказаться более важными, чем очаговые.

По мнению многих современных исследователей (именно «другая сенсорная организация», которая имеет место у людей с аутизмом, исходя из последних данных, и лежит в основе аутизма, а так называемая «триада нарушений» – только видимые последствия сенсорного опыта человека.

По И.А. Марценковскому, фактором, влияющим на повышение риска новых мутаций при зачатии ребенка с расстройством спектра аутизма, является поздний возраст родителей, особенно отца.

Факторами, способствующими проявлению наследственного задатка, могут быть нарушения протекания беременности, перенесенные инфекции и патология родов, приводящие к гипоксически-ишемическому поражению мозга [23, с. 10].

Предполагается возможность вовлечения в этот процесс эндокринной системы.

На протяжении последних лет имеет место активное развитие лабораторно-инструментальных методов исследования состояния головного мозга, которые в перспективе могут оптимизировать диагностику и расширить понимание патогенеза психических расстройств.

К таким методам относятся: структурные томографии (компьютерная (КТ), магнитно-резонансная (МРТ)) и функциональные томографии (магнитно-резонансная спектроскопия (МРС), позитронно-эмиссионная (ПЭТ) и другие). Исследование морфологии мозга с помощью МРТ у детей с аутизмом либо не выявляет каких-либо отклонений, либо демонстрирует



чаще врожденные аномалии развития мозга, например асимметрии развития желудочков, реже – истончение мозолистого тела. В ряде случаев выявляется расширение подпаутинных пространств, локальные признаки запаздывания миелинизации мозга, а также мелко-очаговые васкулиты, как признаки перенесенной нейроинфекции. Пока что можно сделать вывод, что одно только МРТ-исследование не выявляет типичной для расстройств спектра аутизма патологии, но может быть полезным для выявления пре- или постнатальной церебральной органической недостаточности.

Постепенно накапливаются данные о морфо-функциональных изменениях в структурах головного мозга при аутизме: гипометаболизме в поясных извилинах, височных и теменных долях мозга и гиперметаболизме в левом гиппокампе и левой лобной коре, снижении функциональной активности в среднем отделе правой фузиформной извилины.

Таким образом, нейробиологические исследования убеждают в разнообразии форм аутизма, а также в необходимости продолжать изучать феномен гетерогенности расстройств спектра аутизма. Кроме того, на сегодняшний день нами ведется многовекторное комплексное исследование психонейроиммунологических особенностей данных пациентов.

Предварительные результаты свидетельствуют о выраженных многогранных нарушениях иммунного статуса у детей с расстройствами спектра аутизма. Пока остается неясным соотношение в патогенезе РСА аутоиммунного (нейроиммунного) и противoinфекционного звеньев иммунитета.

При всем обилии современных исследований представление о локализации биологической дефицитарности при аутизме, ее нейropsychологические, психофизиологические и биохимические механизмы в настоящее время однозначно не определены. Существуют разные версии и в выделении первопричины, и в понимании логики нарушения психического развития. При выделении характера первичной дефицитарности, что определяет нарушение психического развития при аутизме, клиницисты и

психологи акцентируют несколько разных условий. Так, о снижении уровня бодрствования говорит В. Rimland, общее снижение психического тонуса, как ослабление инстинктивных реакций, способности к психической напряженности, к целенаправленной активности выделяют С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев [25, с. 466].

В.В. Лебединский предполагает, что именно сенсорный дискомфорт препятствует развитию адаптивных форм поведения, особенно приверженности, и стимулирует развитие защитных аутистических установок [19, с. 73].

На низкий порог социального избегания указывают J. Richer [48, с. 44], N. Tinbergen и E. Tinbergen [50, с. 119], они связывают его с высокой тревожностью детей и считают причиной нарушения развития социального взаимодействия и трудностей обучения.

R.P. Hobson полагает, что первопричиной нарушения когнитивного и речевого развития при аутизме является врожденная неспособность к распознаванию и выражению эмоций [45, с. 100].

С другой стороны, P. Mundy, M. Sigman обращают особое внимание на трудности организации взаимодействия – объединении внимания такого ребенка со взрослым на предмете или действии, что не связано исключительно с нарушением эмпатии [49, с. 87].

В качестве первопричины нарушения эмоционального и социального развития при аутизме многими исследователями рассматривается особая когнитивная и речевая дефицитарность.

В. Hermelin, N. O'Connor показывают, что специфика нарушения умственного развития при аутизме связана с неспособностью активно перерабатывать информацию и интегрировать ее с представлениями и схемами, содержащими прошлый опыт. Дальнейшие исследования обращают внимание и на дефицитарность способности к целенаправленной организации поведения, планирования, контроля, гибкости в мышлении и действии.

Уже указывалось, что в качестве первопричины аутизма может рассматриваться недостаточность символической функции, выработки и использования символов, что проявляется в особенностях игры таких детей.

Одной из наиболее известных концепций, связывающих аутизм с первичным когнитивным дефицитом, является теория У. Фрит, основанная на экспериментальных исследованиях).

Она предполагает, что аутизм характеризуется специфическим дисбалансом в интеграции информации. По ее мнению, нормальный процесс переработки информации заключается в тенденции сводить разрозненную информацию в единую картину, связанную общим контекстом или «центральной связью» («central coherence») [44, с. 11].

У. Фрит считает, что при аутизме нарушается именно это универсальное свойство процесса переработки информации человеком. Тогда как нормальные субъекты интерпретируют информацию, исходя из контекста, в котором предложены стимулы, аутичные люди свободны от такого «контекстуального принуждения» [там же].

Вариантом представления о первичной когнитивной дефицитарности является и популярная в последнее время теория распознавания психических состояний, или теория намерений («theory of mind», эквиваленты: «модель психического», «теория сознания», «теория образа мышления»). Авторы этой теории утверждают, что все существующие нарушения при аутизме (эмоциональные, коммуникативные, социальные) обусловлены повреждением фундаментальной человеческой способности понимать намерения и представлять мысли других людей («mind-read»), а также – способности отслеживать собственные ментальные состояния.

Следствием этого, по мнению авторов, является непонимание других, социальная наивность, доверчивость таких детей. В основе данной теории лежит предположение, что способность определять чувства, желания и намерения других людей по внешним проявлениям имеет эволюционную ценность для человечества с точки зрения адаптации к условиям внешней

среды. Предпосылки для формирования «модели психического» проявляются на самых ранних этапах развития ребенка. К ним относятся: преимущество человеческого лица перед другими стимулами, особое внимание к речевым звукам, способность различать и имитировать мимическую экспрессию, внимание к тому, как другой человек выполняет действия с предметом, использование жестов с целью разделить интерес с другим человеком. Дети с нормальным психическим развитием примерно в возрасте четырех лет начинают понимать, что у людей есть убеждения и желания («ментальные состояния»), что именно они детерминируют поведение людей. В некоторых случаях «модель психического» может быть не сформирована или сформирована недостаточно [4, с. 180].

Барон-Коэн, Лесли и Фрит экспериментально обнаружили, что дети-аутисты в смысле ментальных состояний значительно отстают как от сверстников с нормальным психическим развитием, так и от умственно отсталых, которые достигли определенного ментального возраста [25, с. 89]. Это позволило исследователям предположить, что именно отсутствие «модели психического» лежит в основе аутичных расстройств [29, с. 315].

Это направление исследований было продолжено Н.Г. Манелис, Т.А. Медведовской), которые экспериментально установили, что дети с расстройствами аутистического спектра демонстрируют наибольшие трудности в понимании различных аспектов ментальной сферы.

Их способность к пониманию ментальных состояний не имеет положительной возрастной динамики; способность к выполнению заданий на понимание ментальных состояний связана с уровнем развития вербальной функции независимо от наличия и типа дизонтогенеза; для всех групп детей факторами, способствующими успешному выполнению задач на понимание ментальных состояний, оказались способности к охвату событий полностью, к сведению частей к единому логическому целому на основании значимых признаков; трудности в выполнении тестов на понимание ментальных состояний у детей с аутизмом в значительной степени обусловлены

специфической когнитивной стратегией, при которой наибольшее значение приобретает фрагмент, а не ситуация в целом [22, с. 70].

Для расстройств спектра аутизма очень характерны и диагностичны именно жалобы, с которыми родители детей обращаются к психиатрам или специалистам по детскому развитию. Чаще всего их беспокоят особенности поведения таких детей: стремление избежать общения, ограничение контактов даже с близкими людьми, неспособность играть с другими детьми, отсутствие активного, живого интереса к окружающему миру, стереотипность поведения, страхи, агрессия, самоагрессия. Могут также определяться нарастающая с возрастом задержка речевого и интеллектуального развития, трудности в учебе. Характерны трудности в усвоении бытовых и социальных навыков.

С другой стороны, прекрасная память, ловкость и смекалка, которые демонстрируются в отдельные моменты, внезапно произнесенная сложная фраза, незаурядные познания в отдельных отраслях, чувствительность к музыке, стихам, природным явлениям, наконец, просто серьезное, умное выражение лица, – все это дает родителям надежду, что ребенок действительно «все может». В общем, для таких детей характерен так называемый протодиакризис – невозможность дифференцировать людей и другие живые и неживые объекты.

Каннер наблюдал у этих детей «крайнее аутичное одиночество», отчужденность, которая продолжается во взрослой жизни. Однако, когда аутичный индивид более старшего возраста все же проявляет какой-либо интерес к окружающим, обнаруживается выраженная нехватка социальных навыков, необходимых для поддержания отношений. Такие индивиды склонны относиться к другим не как к людям, а как к «предметам», что получило название «кошачьей» привязанности, в отличие от «собачьей», которая свойственна неаутичным людям.

Характерны 3 формы отношений с матерью:

1) симбиотическая (наблюдается у старших детей, когда ребенок отказывается оставаться без мамы, тревожен при ее отсутствии и в то же время никогда не проявляет к ней ласки);

2) аутичная (дети не реагируют на присутствие или исчезновение матери, не тянутся к ней, а при взятии их на руки остаются вялыми, пассивными или ригидными);

3) негативистичная (ребенок относится к матери недоброжелательно, отгоняет ее от себя и не только не обнимает и не тянется к ней, но даже стремится ударить, отталкивает ее рукой). Эти формы могут сменять друг друга.

В отношениях с детьми достаточно отчетливо наблюдаются:

– попытки избежать общения (тянет маму за руку и говорит: «Идем, идем»);

– полная индифферентность (играет в песке, не обращая внимания на детей);

– появление страха в присутствии детей;

– избирательность общения с детьми;

– агрессивные действия в адрес детей, в том числе и собственных братьев, сестер [46, с. 217].

В процессе развития аутичные дети лучше находят контакт со взрослыми, чем с другими детьми, поскольку дети менее чувствительны к их потребностям, создают шум и суету, которые раздражают аутичных детей. Постепенно, в старшем дошкольном возрасте, дети с РСА начинают наблюдать за другими детьми, но их попытки вступить в контакт часто бывают неадекватными и опасными для окружающих. Например, аутичный ребенок стремится толкнуть другого или схватить его за волосы. Такое поведение мешает адаптации в детском коллективе, в такой ситуации ребенку, родителям и воспитателям крайне необходима помощь специалиста по аутизму.

У аутичных детей проявляется потребность навязчивого характера в сохранении постоянства окружающего их предметного мира, которая связана с тревогой. Этот страх изменений направлен на субъективно значимые для данного ребенка обстоятельства, например, страх перед чужими помещениями, боязнь прогулок по новым местам, страх перед новой пищей, новой одеждой, перестановками в квартире, изменениями режима дня (феномен «тождества» (Х. Ремшмидт)) [32, с. 119].

В малышом периоде обращают на себя внимание различные двигательные стереотипии: раскачивания в колыбели; однообразные повороты головы; ритмичные сгибания и разгибания пальцев рук; упорное продолжительное раскачивание стенок манежа; упорное продолжительное раскачивание на игрушечной лошадке, в качалке; кружение вокруг своей оси; размахивающие движения пальцами или всей кистью. На первом году жизни отмечается также задержка развития навыков самостоятельного сидения, ползания, вставания. Особенностью таких детей является отсутствие ускорения развития при активной помощи со стороны взрослого. Для них характерна «внезапность» перехода к ходьбе и практически одновременное появление навыка бега с навыком ходьбы. К особенностям бега относятся: импульсивность возникновения, особый ритм (стереотипное перемещение с застываниями), бег с широко расставленными руками, на цыпочках.

Особенностями походки являются: «деревянность» (ходьба на неподвижных ногах), порывистость, некоординированность, ходьба по типу «заводной (механической) игрушки». С раннего возраста могут отмечаться такие особенности движений, как медлительность, неуклюжесть, порывистость, «мешковатость», «кукольность». В ряде случаев наблюдается необычная грациозность, плавность движений, ловкость при ползании и балансировании [11, с. 642].

Значительно запаздывает освоение указательных жестов, негативно-утвердительных движений головой, жестов «согласие-несогласие», «приветствие-прощание» (например, помахал рукой, стоя спиной к врачу).

Характерны осложнения в имитации движений и жестов взрослых и сопротивление помощи при обучении двигательным навыкам.

К особенностям мимики относятся ее бедность, напряженность, иногда неадекватные гримасы. Часто наблюдается неподвижный, застывший, «испуганный» взгляд. В ряде случаев отмечаются серьезные, интеллигентные, красивые лица с «прорисованными» чертами («лицо принца» – по Каннеру).

В целом относительно специфическими симптомами нарушения движений при раннем детском аутизме являются:

1) атетозоподобные движения пальцев рук – стереотипные движения в виде перебирания, складывания, сгибания и разгибания пальцев;

2) стереотипные движения в форме встряхивания, взмахов, вращений кистями рук; подпрыгивания в виде отталкивания кончиками пальцев; бег на цыпочках; кручение, раскачивание головой и туловищем. Двигательные стереотипии полностью исчезают после 6–8 лет, реже наблюдаются до 12 лет.

В результате обследования с помощью методики Векслера выявлено, что общий интеллектуальный показатель детей с расстройством спектра аутизма ниже, чем у детей с нормальным развитием, но выше, чем при олигофрении.

Средний уровень невербальных показателей в одной трети случаев соответствует показателям при олигофрении, прежде всего таким, как выделение последовательности событий, пространственных отношений, способность переключения внимания на предметном уровне. Отмечается неравномерность показателей вербально-интеллектуальной функции.

Общий объем знаний, понимание общественных норм жизни и способность оперировать числами ниже нормы. Активный запас слов и механическая память выше нормы. Мышление носит конкретный, «регистрирующий», «фотографический» характер. Отмечается достаточный уровень развития отдельных способностей, например, значительный запас



знаний в области ботаники, энтомологии, астрономии и др. При этом дети употребляют латинские обозначения, приводят классификации и, вместе с тем, не обладают пространственными понятиями и навыками, например, право-лево.

При письме неровная строка с корявыми и прыгающими буквами и зеркальным изображением. Таким образом, структура интеллектуального дефекта у детей с ранним детским аутизмом качественно иная, чем при олигофрении.

Собственно интеллектуальная недостаточность «перекрывается» нарушениями личности и поведения [15, с. 13].

Х. Ремшмидт приводит следующие данные относительно интеллекта детей с расстройством спектра аутизма: чаще всего интеллект нарушен (отмечается специфическая структура интеллекта, островки сохраненного интеллекта), примерно 60% из них имеют выраженные формы умственной отсталости, 20% – легкие формы, примерно у 17% детей IQ на уровне пограничной умственной недостаточности и около 3% имеют показатели средние или выше среднего.

Гибкость мышления при аутизме ограничена, особенно в детстве, собственно в том возрасте, когда она хорошо развита у нормальных детей. Это очень хорошо видно в игре, требующей мышления второго порядка, например, притворства. Приходится, например, притворяться, будто тарелка – это шляпа, но для аутичного ребенка тарелка будет тарелкой. Таким же образом шутки, требующие гибкого творческого мышления и использования метафор, недоступны для понимания аутичных детей. Они склонны понимать вещи чрезвычайно буквально: например, аутичным ответом на «приведи себя в порядок» могло бы быть «привести меня куда?» [32, с. 200].

Leslie связывал это с тем, что он называл недостаточной теорией разума, предполагая, что аутичному ребенку не хватает теории, которая позволяет ему понять другого человека. Поэтому такие дети очень слабы в «чтении» людей, т.е. не способны к эмпатии, а последнее, как известно,

лежит в основе социальных отношений. Нередко у аутичных детей находят особый вид таланта, поэтому такого ребенка еще называют сван или «аутист-гений» (ранее «идиот-гений») – это аутичный индивид, демонстрирующий одну или несколько «особых способностей», которые кажутся невероятными при данном уровне функционирования пациента.

Такие способности являются редким «побочным продуктом» аутизма и представляются связанными с механистическими, безличными и навязчивыми интересами больных. Примерами тому служат исключительные математические способности, виртуозная игра на музыкальных инструментах, скрупулезное воссоздание сложных геометрических фигур в художественном творчестве или способность к запоминанию огромного объема информации, например дат, имен или чисел [47, с. 320].

Высказывалось предположение, что при этом используются специальные участки мозга, недостаточно развитые для управления речью. Такие исключительные способности аутистов нередко ложатся в основу художественных фильмов и романов, таких, например, как кинодрама Барри Левинсона «Человек дождя» (Rain Man) с Дастином Хоффманом, который прекрасно изобразил взрослого аутиста-гения.

С раннего возраста для игровой деятельности характерны элементарные формы. Отмечается либо полное игнорирование игрушек, либо их рассматривание без стремления манипулировать.

В основном наблюдаются кратковременные или более длительные стереотипные действия с такими предметами быта, как шнурки, ключи, гайки, бутылки и т.д.

Реже встречается интерес к игрушкам, но и при этом преобладают такие стереотипии, как вращение игрушек перед глазами, перекалывание их с места на место, постукивание ими об пол или касание игрушками лица, обнюхивание, облизывание. В игре отсутствуют игровые сюжеты. Характерны игры со струей воды, переливание жидкости из одной посуды в другую. Отмечен интерес к старым ржавым трубам, велосипедным колесам.

Попытки родителей прервать стереотипные действия вызывают у детей выраженные эмоциональные реакции протеста, сильный крик, плач. Опираясь на гипотезу, что между нарушениями восприятия и причинами расстройства существует прямая зависимость, симптомы нарушения реакции на раздражители отнесем в отдельную группу «особенности восприятия» и рассмотрим ее в свете основной симптоматики.

В детском возрасте возможно отсутствие наблюдения за движущимся предметом. Слишком долго не формируется навык узнавания близких (матери, отца, родственников).

Специфическими являются следующие особенности зрительного поведения: непереносимость взгляда в глаза, преимущество периферического зрения, взгляд мимо или «сквозь человека», «бегающий взгляд», поиск необычных зрительных впечатлений (перелистывание страниц), явление «псевдослепоты», продолжительная сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте – световом пятне, блестящей поверхности, узоре обоев или ковра, мерцании теней.

При этом отмечается особое, «завороженное» их созерцание. Характерна повышенная чувствительность к зрительным стимулам, например, испуг при включении света, раздвигании штор. Как следствие, ребенок стремится находиться в темноте. Слуховое восприятие. В детстве отмечается длительное отсутствие реакции на звук, что в дальнейшем сменяется гиперчувствительностью, предпочтение отдается тихим звукам. Ребенок не привыкает к характерным звукам домашней обстановки (звонку, пылесосу), может долго и с увлечением прислушиваться к звуку разрыва бумаги, шороху целлофановых пакетов, скрипу дверей. Отсутствует реакция на словесные обращения, ребенок не отзывается на свое имя, наблюдается избирательность ответных реакций на речь. Рано возникает интерес к прослушиванию музыки.

Тактильная, вкусовая, обонятельная и проприоцептивная чувствительность. Вначале с раннего возраста наблюдается слабая или

отсутствующая реакция на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение. В дальнейшем появляется гиперсензитивность к тактильным раздражителям – ребенок противится пеленанию, купанию, причесыванию, стрижке ногтей и волос. Ребенка раздражает одежда, обувь, он стремится раздеться. Характерные необычные вкусовые преимущества в виде тяги к несъедобному. Отмечается гиперсензитивность к запахам и вкусам. Знакомство с новыми предметами и игрушками ребенок начинает, длительное время, ощупывая, обнюхивая и облизывая их. Находясь в одиночестве, дети часто «стимулируют» себя, напрягая тело и конечности, хлопая себя по ушам, зажимая их при зевании, ударяясь головой о коляску, спинку кровати [1, с. 78].

Рассмотрев общие положения о детском аутизме можно сделать вывод о том, что указанное явление на современном этапе не содержит выработанной теоретической базы, позволяющей с точностью объяснить его истоки, однако многочисленные исследования, проводящиеся в данной области предоставляют возможность ознакомиться с его проявлениями, общими тенденциями развития и возможными способами коррекции.

Поступление в школу для детей-аутистов является непростой задачей, этот процесс во многом осложнен формированием определенных мотивов учебной деятельности вследствие недостаточной направленности на общение и усвоение социальных норм. Трудность для этих детей будет составлять произвольная регуляция деятельности, направленная на общение. Здесь существенную роль играет эмоциональная регуляция собственного поведения, она включает и эмоциональную оценку собственного поведения, и эмоциональную оценку других людей. С трудностями психологической перестройки ребенка в связи с поступлением его в школу связаны частые обращения родителей и педагогов к врачам-специалистам о возможности обучения в массовой школе. Вопрос о возможностях и формах обучения сложен, но стоит отметить, что индивидуальное обучение может быть рекомендовано только в исключительных случаях.

Психологические особенности аутичного ребенка требуют специальной программы коррекционной работы. Без своевременной и адекватной коррекционно-развивающей помощи значительная часть детей, с синдромом раннего детского аутизма, становится необучаемой и неприспособленной к жизни в обществе. И, наоборот, при ранней коррекционной работе большинство аутичных детей можно подготовить к обучению, а нередко и развить их потенциальную одаренность в различных областях знаний. Так как аутизм состояние своеобразного недоразвития, его следует не лечить, а развивать имеющиеся ресурсы психики.

В первую очередь коррекции требуют поведенческие нарушения, с этой целью применяется классическая психотерапия, лечебная педагогика, психофармакология, поведенческая психотерапия, диетическое лечение.

## **1.2. Психологические особенности детей младшего школьного возраста**

Известно, что психика развивается в деятельности ребенка, в его взаимодействии с миром людей и предметов. Для того чтобы младенец научился есть, а школьник решать математические задачи, нужна работа и восприятия, и памяти, и мышления, нужна и потребность в достижении результата. Поэтому в процессе усвоения социального опыта развивается не только каждая отдельная психическая функция, но в психике ребенка возникают некоторые системные психологические новообразования, которые и становятся присущими ему формами психической жизни.

Многие психологические новообразования возникают в процессе развития у каждого современного ребенка. Таковыми являются, например, логическая память, речевое мышление, категориальное восприятие. Другие, еще более сложные системные новообразования значительно больше зависят от индивидуального образа жизни и целенаправленного воспитания. Это те или иные черты характера, высшие чувства, нравственные убеждения. Эти сложные новообразования сравнительно с более простыми (логическая

память) обладают еще одной отличительной особенностью: они несут в себе непосредственную побудительную силу.

Психическое развитие ребенка тесно связано с последовательным накоплением социального опыта, который откладывается в форме различных по содержанию и по строению психологических новообразований. Эти новообразования, раз возникнув, становятся той психологической реальностью, которая начинает определять поведение и деятельность ребенка, а тем самым и ход его дальнейшего развития.

У детей 6–7 лет в связи с продвижением в их общем психическом развитии появляется ясно выраженное стремление к тому, чтобы занять новое, более «взрослое» положение в жизни и выполнять новую деятельность, важную не только для них самих, но и для окружающих. Это стремление реализуется в желании занять социальное положение школьника и в учении как новой социально значимой деятельности. Иногда это стремление имеет и другое конкретное выражение: например, желание выполнять те или иные поручения взрослых, взять на себя какие-то их обязанности, стать помощником в семье. Но психологическая сущность этого явления остается той же самой. У ребенка появляется сознание, точнее переживание себя как существа социального. Появляется стремление удовлетворять свои возросшие потребности не в воображаемом (игровом), а в реальном плане. Поэтому он хочет занять среди окружающих новое, действительное, а не воображаемое (игровое) положение [29, с. 80].

Формируется новообразование, которое может быть обозначено понятием «внутренняя позиция», и определяет его поведение, деятельность и всю систему отношений к действительности и к самому себе. Впервые происходит осознаваемое самим ребенком расхождение между его объективным общественным положением и его внутренней позицией. Мы говорим о психологических особенностях младшего школьника.

В основном у взрослых дискретное восприятие окружающей действительности: они все знают, понимают. А дети чувствуют. У них в

основном развита 1-ая сигнальная система (вижу, слышу, ощущаю). Дети младшего школьного возраста эмоциональны и в том смысле, что их умственная деятельность, и в частности суждения, окрашены эмоциями.

Подкорковые узлы, являющиеся центрами примитивной эмоциональности, или аффективности, в младшем школьном возрасте часто с трудом затормаживаются под влиянием регулирующей работы коры.

Младшие школьники эмоциональны и в том смысле, что еще не умеют скрывать и сдерживать внешнее выражение своих чувств. Эмоциональность этого возраста выражается в большой податливости аффектам, кратковременным вспышкам радости и печали, при этом дети прыгают, громко смеются или плачут, бурно негодуют. Эти состояния бывают кратковременными, часто переходят в противоположные [29, с. 82].

В качестве одной из причин недисциплинированности младших школьников можно назвать аффективность детей и наличие у них неприятных эмоциональных переживаний, вызывающих обидчивость, вспыльчивость, неадекватное реагирование, конфликты с взрослыми и товарищами. Важно не запрещать детям выражать свои чувства, а проявление их вводить в такие рамки, чтобы не снижалась дисциплина. Т.е. младшему школьнику необходима помощь взрослого.

У младшего школьника основной тип мышления – наглядно-образный.

Часто дети не соотносят общее замечание, обращенное ко всем, лично с собой, пока не назовут его по имени. Важно говорить о действии, а не о личности.

Большая подвижность, обусловленная физиологическими особенностями, и эмоциональность младших школьников может отрицательно влиять на их волю и выдержку. В 1-м классе дети часто чувствуют себя на уроках скованно и, желая дать выход накопившейся энергии, на перемене могут не контролировать свое поведение. По этой же причине они иногда нарушают дисциплину на уроках (вертятся за партой, разговаривают и т.п.). Это можно скорректировать 1–2 минутными паузами

физкультминутки, которых должно быть несколько в течение часа и дома, и в школе. Следует также отметить, что у детей этого возраста тип нервной деятельности проявляется более непосредственно, чем у старших школьников.

Например, торопливость при выполнении инструкций взрослого можно объяснить слабостью процесса торможения; медлительность при выполнении заданий и при переходе от одной работы к другой объясняется малой подвижностью нервных процессов [29, с. 84].

Слабость процессов возбуждения и торможения, преобладание возбудимости или торможения, трудность переключения от возбуждения к торможению и обратно, – все это при недостаточном еще жизненном опыте может давать срывы в учебной деятельности. Поэтому большое значение имеет приучение детей к самоконтролю. Часто дети предпочитают, чтобы их контролировали взрослые. Например, дети часто не знают, когда следует проверить, правильно ли они запомнили, и поэтому не уверены, правильно ли выучили урок, что объясняется не критичностью детской памяти.

В 1-ом классе дети осуществляют самоконтроль в своей учебной работе более по готовым образцам (правильно ли списал, нарисовал); во 2-м самоконтроль уже является проверкой работы согласно правилам, он осуществляется не только в конце работы, но и в ее процессе; в 3-м классе дети уже способны к итоговому контролю, позволяющему не только отметить «достижения», но и наметить перспективы к дальнейшему улучшению работы.

Не меньшее значение развитие самоконтроля имеет и в поведении. Важны не столько словесные разъяснения, как себя вести, сколько конкретный показ, может даже проигрывание. Затем дети постепенно должны соразмерить свое поведение с правилами и вести себя дисциплинированно даже тогда, когда за ним не смотрят. Часто самоконтроль младших школьников зависит от мотивов (например, при



выполнении контрольных работ). Большая подражательность детей этого возраста ставит на видное место личный пример в их воспитании [29, с. 85].

Дети младшего школьного возраста имеют большую потребность в смене деятельности и в движениях.

Условием регулирования всей деятельности младших школьников и побуждением к дисциплинированному поведению является четкая организация режима дня в школе и дома. Дело в том, что четко налаженный стереотип поведения, когда организм знает, что произойдет в следующую единицу времени, снижает эффект утомляемости и даже некоторые страхи, проявление которых может негативно сказаться на здоровье младших школьников.

Необходимым условием усвоения знаний является внимание. У детей младшего школьного возраста произвольное внимание преобладает над произвольным. Внимание в этом возрасте узко и подвижно, плохо распределяется, мало устойчиво. Поэтому многое зависит от целенаправленности и привлекательности занятий.

У младших школьников развита более память наглядно-образная, чем логическая. Дети отличаются тенденцией к дословному воспроизведению, т.к. чувствуют себя в этом случае более уверенно, чем при воспроизведении своими словами, когда требуется при известном умственном напряжении переработать усваиваемый материал.

Мышление детей младшего школьного возраста характеризуется конкретностью и эмоциональностью. Конкретность мышления этих детей означает заметное преобладание первосигнальной деятельности над второсигнальной, и отсюда их трудности в обобщении, в отвлечении, когда надо, от конкретных предметов, явлений и ситуаций. Эмоциональность детского мышления заключается в том, что дети очень живо переживают все, над чем им приходится думать, даже в решении арифметических задач.

Младшим школьникам доступно отвлеченное мышление, но для этого материал должен быть построен на ярких конкретных примерах, и опираться на уже имеющиеся у детей прочные знания.

Мышление младших школьников развивается неразрывно с речью, которая становится более связанной и стройной. Несмотря на то, что учение становится основной и главной деятельностью младших школьников, игры в их жизни продолжают занимать значительное место.

Весьма распространены в этом возрасте подвижные игры, в них есть элементы соревнования, что очень привлекает детей, и эти игры предоставляют выход накопившейся и заторможенной во время уроков двигательной энергии детей. Часто младшие школьники предпочитают игры с правилами, с распределением ролей, внимание сосредоточивается на результате, приобретают целенаправленный и организованный характер.

Воспитательное значение игр у детей этого возраста заключается в том, что они служат средством познания действительности, создания коллектива, воспитывают любознательность и формируют волевые черты. В играх происходит и как бы примеривание и проигрывание морально-нравственных качеств.

В этом возрасте возникает стремление занять реальное положение во взрослом мире. Мы говорим о внутренней позиции как о новообразовании младшего школьника. Неумение взрослых предоставить ему эту возможность затягивает кризис 7 лет, а, следовательно, поведение ребенка длительное время остается неадекватным [29, с. 86].

В младшем школьном возрасте для детей большим авторитетом обладает взрослый, и особенно учитель. Для ребенка важнее его одобрение, а не мнение сверстников, как в подростковом возрасте. Поэтому очень важно условие единой направленности требований в семье и школе. В противном случае у ребенка могут выработаться двойственные формы поведения, ребенок часто будет сомневаться, кого слушать, учителя или родителей. Ребенок, который часто слышит в семье нелестные замечания об учителе,

сначала фрустрируется, а затем у него разрушается авторитет учителя и мотивация учения, т.к. в этой мотивации похвала учителя занимает далеко не последнее место.

Начальная школа – очень важный этап в процессе обучения. Минимальность информации, которую получают дети за 3–4 часа, позволяет некоторым взрослым надеяться, что дети справятся сами. Но это далеко не так. Информация – далеко не главное, что получают дети в этом возрасте, хотя это тоже очень важно. У младших школьников в этот учебный период складываются произвольное внимание, память, логическое мышление, закладываются основы понятийного мышления. Без этих психических процессов в дальнейшем не обойтись. Главное умение, которое дает начальная школа – умение учиться.

Ребенок развивается в процессе взаимоотношений с взрослыми. Помощь взрослого ему в этом возрасте необходима. Только следует отличать помощь от опеки. Постепенно отношения должны становиться партнерскими. Именно сотрудничество между взрослыми и детьми – залог дальнейшего продуктивного развития ребенка в любом возрасте.

Подводя итоги вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что психологические особенности младшего школьного возраста напрямую зависят от особенностей физиологии, присущей данной возрастной группе, а также от тех социальных задач, которые перед ней ставит общество. Формирование и становление психики в младшем школьном возрасте крайне важно, поскольку именно в данный период получают своё развитие основные навыки взаимодействия с социумом и базисы самоопределения личности.

## **ВЫВОДЫ ПО 1 ГЛАВЕ**

Аутизм как симптом встречается при довольно многих психических расстройствах, но в некоторых случаях он проявляется очень рано (в первые годы и даже месяцы жизни ребенка), занимает центральное, ведущее место в клинической картине и оказывает тяжелое негативное влияние на все

психическое развитие ребенка. В таких случаях говорят о синдроме раннего детского аутизма (РДА), который считают клинической моделью особого искаженного варианта нарушения психического развития.

При раннем детском аутизме отдельные психические функции развиваются замедленно, тогда как другие – патологически ускоренно.

Младший школьный возраст является периодом интенсивного развития и качественного преобразования познавательных процессов: они начинают приобретать опосредствованный характер и становятся осознанными и произвольными. Ребенок постепенно овладевает своими психическими процессами, учится управлять восприятием, вниманием, памятью.

При раннем детском аутизме в младшем школьном возрасте можно отметить следующие трудности, возникающие в процессе обучения:

- отсутствие желания взаимодействовать с окружающими, особенно с незнакомыми или в незнакомой обстановке;
- отсутствие понимания норм и правил поведения;
- отсутствие желания осуществлять коммуникацию вообще или скудные навыки коммуникации;
- отсутствие чувства собственной и чужой безопасности.

Таким образом, рассматриваемый возрастной период является достаточно непростым для детей с ранним детским аутизмом, поскольку они попадают в новую для них среду, что зачастую уже является фактором стресса, а низкая адаптивная способность приводит к негативным изменениям личностной сферы, что также отягощается общими психологическими особенностями, присущими младшим школьникам.

## **ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ**

### **2.1. Организация, методы и методики исследования**

Исследование проводилось на базе инклюзивного центра развития и социальной адаптации для детей с особенностями развития «Альтар» г. Краснодар.

Эмпирическое исследование было организовано в 3 этапа.

Первый этап – констатирующий эксперимент.

Форма диагностического исследования была использована фронтальная и индивидуальная, для получения объективных данных. При необходимости проводились индивидуальные беседы и консультации.

Исследование было направлено на определение уровня эмоционально-волевых и личностных отклонений у младших школьников с синдромом раннего детского аутизма. Были использованы следующие методы: «Рисунок семьи» Р. Бернса и С. Кауфмана, Шкала тревожности адаптированная Прихожан, разработанная по принципу «Шкалы социально-ситуативной тревоги» А. Кондаша, «Методика изучения самооценки» (Г.А. Урунтаева, Ю.А. Афонькина).

На основании результатов констатирующего эксперимента испытуемые были разделены на контрольную и экспериментальную группы.

Второй этап – формирующий эксперимент. На данном этапе была проведена коррекция аутизма испытуемых экспериментальной группы. Испытуемые экспериментальной группы были разделены на 2 подгруппы 6 и 7 человек, с целью более эффективной коррекционной работы. В основу коррекционной работы с аутичными детьми мы применили тренинговую программу по коррекции аутизма (Н. Надь, С. Мулюкова). На занятиях при желании принимали участие родители.

Третий этап – контрольный эксперимент. Данный этап включал повторное проведение диагностических методов констатирующего эксперимента, направленных на изучение уровня эмоционально-волевых и личностных нарушений в контрольной и экспериментальной группах, интерпретацию полученных результатов исследования и сравнение результатов исследования до и после проведения формирующего эксперимента.

## 2.2. Анализ результатов

Целью первого этапа исследования выступало определение уровня личностных отклонений у младших школьников с синдромом раннего детского аутизма.

Была использована «Методика изучения самооценки» (Г.А. Урунтаева, Ю.А. Афонькина).

Результаты изучения самооценки представлены в таблице 1.

Таблица 1

Особенности самооценки младших школьников с РДА

№ п/п	Вид самооценки	Количество испытуемых, в %
1	Завышенная	4
2	Адекватная	12
3	Низкая	84

Данные таблицы 1 констатируют о преобладании низкого уровня самооценки (заниженная) (84%), намного ниже показатели адекватного уровня самооценки (12%) и самые низкие показатели высокого уровня (4%). Преобладание неадекватного уровня самооценки мы считаем неблагоприятным фактором становления личности детей младшего школьного возраста.

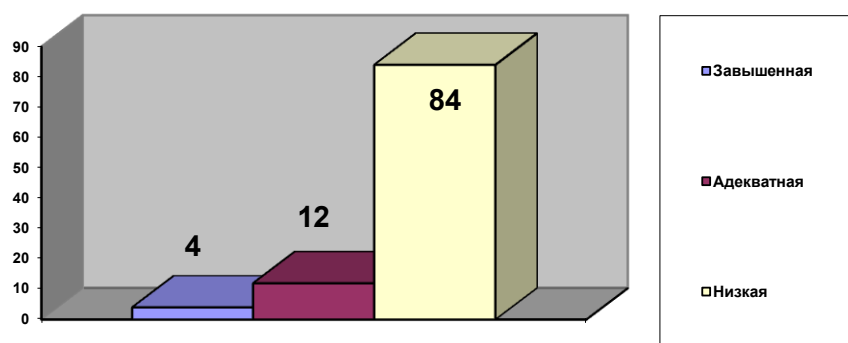


Рис. 1. Особенности самооценки младших школьников с РДА

Рисунок 1 отражает тенденцию преобладания заниженной самооценки, что связано с личностными особенностями детей с ранним детским аутизмом младшего школьного возраста.

Результаты исследования тревожности по методике А.М. Прихожан «шкала социально-ситуативной тревоги» представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты исследования тревожности  
по методике «шкала социально-ситуативной тревоги»

Уровни тревожности	Виды тревожности			
	Школьная	Самооценочная	Межличностная	Общая
высокий	52	44	62	58
средний	22	32	30	22
низкий	26	24	8	20

Показатели тревожности показывают преобладание высокого уровня школьной тревожности (52%) (таблица 2), это связано, что в младшем школьном возрасте учение становится ведущим видом деятельности, и поэтому у детей наиболее высок уровень учебной тревожности; несколько ниже самооценочной (44%), поскольку у детей возникают проблемы и страхи при самовыражении перед одноклассниками и учителями и неадекватными эмоциональными реакциями при достижении школьных успехов, низкой самооценкой школьников; далее межличностная (62%), что констатирует о значении системы отношений со значимыми взрослыми (родителями,

педагогами) и сверстниками и возникающими при этом состоянии боязни, страхов, тревожности и общая (58%) значение всех школьных факторов на неблагоприятное состояние детей в школе.

Средний уровень тревожности представлен при оценке общей тревожности (22%), далее самооценочной (32%), школьной (22%), межличностной (30%). Низкий уровень тревожности проявляется при межличностной тревожности (8%), что может быть связано со сменой ценностей школьника, переходим от наиболее значимого круга отношений с семьей (родители, педагоги) к значимым отношениям со сверстниками, несколько ниже при самооценочной (24%), ниже общей (20%) и школьной (16%) тревожности. Анализ результатов позволяет констатировать высокий уровень всех видов тревожности, но наиболее высок показатель межличностной и школьной, что говорит о недостаточной адаптации младших школьников с показателями раннего детского аутизма к педагогической среде.

Результаты исследования по методике «Рисунок семьи» представлены в таблице 3 и рисунке 2.

Таблица 3

Результаты исследования симптокомплексов школьников  
по методике «Кинестетический рисунок семьи»

Симптокомплексы	Количество испытуемых, в %
Интровертированность, замкнутость	62
Тревожность	50
Агрессия и враждебность	20
Демонстративность, стремление к лидерству	4
Стремление к защите взрослых, родителей	58
Стремление к какой-либо деятельности	24

Результаты исследования согласно таблице 3, показывают преобладание стремления школьников к защите взрослых и родителей (58%). Выражена и тревожность (40%). При этом на рисунке ребенка просматривается штриховка,



линии с сильным нажимом, стирание, преувеличенное внимание к деталям, преобладание вещей, двойные и прерывистые линии, подчеркивание отдельных деталей. Присутствует интровертированность, замкнутость – 62%. Отсутствие основных частей тела у некоторых фигур, выделение некоторых фигур, изоляция отдельных фигур, неадекватная величина отдельных фигур, преобладание вещей. Наименее выражены: стремление к какой-либо деятельности по 24%, стремление к лидерству – 4%, а также агрессия и враждебность (20%).

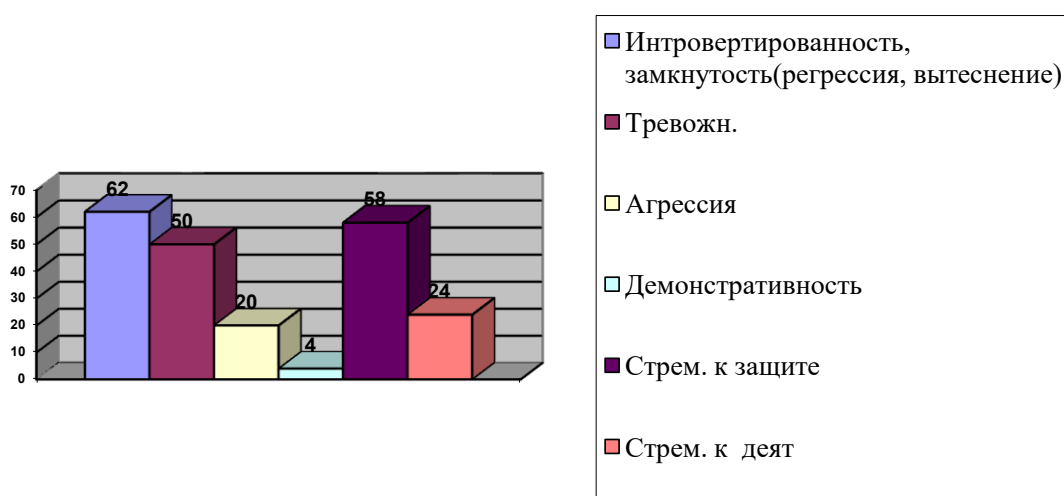


Рис. 2. Результаты исследования методике «Рисунок семьи»

Данные рисунка 2 также наглядно отражают результаты исследования.

«Внутреннее» отношение ребенка к своей семье и к себе, представленные на рисунках, можно считать неблагоприятным.

### 2.3. Основные направления коррекции негативных тенденций развития личности младших школьников с ранним детским аутизмом

В случае аутизма, как и других отклонений в развитии, главной задачей комплексной коррекционной работы является, возможно, более полная социальная адаптация. Социализационные возможности лиц с аутизмом определяются многими факторами, основными среди которых являются:

- тяжесть, глубина аутистических расстройств;

- ранняя диагностика;
- ее комплексный медико-психолого-педагогический характер;
- адекватный и гибкий подход к выбору методов коррекционной работы, ее последовательность, продолжительность, достаточный объем;
- единство усилий специалистов и семьи.

Идеальным считается развитие и жизнь в семье, так как именно семья считается естественной средой существования» для аутичного ребенка.

В связи, с чем в самом начале нашей коррекционной работы мы встретились с родителями исследуемых детей и провели для них небольшую информационную публичную лекцию, в ходе которой мы разъяснили им особенности аутизма, в том числе и донесли идею о том, что аутизм невозможно вылечить, но можно научиться полноценно, жить с ним, необходимо формировать у окружающих такой менталитет, который понимает аутизм не как патологию, а как особый, но равнозначный и равноценный с нормой вариант развития.

На коррекционных занятиях ведущим является метод поведенческого тренинга. Он направлен на обучение ребенка адекватным формам поведения в проблемных ситуациях. Теоретической основой данного метода является бихевиоризм.

Оперантное научение – основано на механизме оперантного обуславливания, суть которого состоит в выборе нового поведения через модификацию уже усвоенных ранее поведенческих реакций путем манипулирования положительными и отрицательными подкреплениями.

Мы использовали трениговую программу по коррекции аутизма (Н. Надь, С. Мулюкова).

Её структура выглядит следующим образом.

#### 1. Ориентировочный этап

Задачи:

- установление эмоционально-позитивного контакта с ребенком;

– ориентировка ребенка в обстановке игровой комнаты, правилах и нормах;

– знакомство с участниками группы.

### *Занятие 1*

Вводная часть. Ритуал приветствия. Психолог, здороваясь с ребенком должен назвать его по имени и коммуницировать ему вербально или невербально – радость и удовлетворение от встречи.

Упражнение 1. «Назови свое имя».

Упражнение 2. «Игра в мяч».

Заключительная часть.

Упражнение 3. «Зеркало».

Упражнение 4. «Парапсихологическое воздействие».

Упражнение 5. «Каждый спит».

Ритуал прощания.

1. Этап объективирования трудностей развития.

Задачи этапа:

– объективирование негативных тенденций эмоционально-волевого и личностного развития ребенка в игре, коммуникации со взрослыми, рисовании;

– эмоциональное отреагирование ребенком чувств и переживаний, связанных с прошлым негативным опытом взаимодействия

### *Занятие 2*

Приветствие.

Упражнение 1. «Слушай хлопки».

Упражнение 2. «Белые медведи».

Упражнение 3. «Слушай звуки».

Упражнение 4. «Иголка и нитка».

Упражнение 5. «Дракон кусает свой хвост».

Упражнение 6. «Рисование».

Ритуал прощания.

### 3 этап. Конструктивно-формирующий этап

Задачи этапа:

- Развитие коммуникативной компетентности.
- Развитие способности к осознанию себя и своих возможностей.
- Расширение сферы осознания чувств и переживаний.
- Формирование способности к произвольной регулятивной деятельности.

#### *Занятие 3*

Приветствие.

Упражнение 1. «Пишущая машинка».

Упражнение 2. «Веретено».

Упражнение 3. «Вот он какой».

Упражнение 4. «Я не знаю».

Упражнение 5. «Шалтай-Балтай».

Ритуал прощания.

#### *Занятие 4*

Приветствие.

Упражнение 1. «Игра снежки».

Упражнение 2. «Игра с камушками».

Упражнение 3. «Иголка и нитка».

Упражнение 4. «Расставь посты».

Упражнение 5. Сюжетно-ролевая игра с распределением ролей «Колобок».

Упражнение 6. «Каждый спит».

#### *Занятие 5*

Приветствие.

Упражнение 1. «Возьми и передай».

Упражнение 2. «Собака принохивается».

Упражнение 3. «Рисование страха».

Упражнение 4. Сюжетно-ролевая игра с распределением ролей «Теремок».

Заключительная часть.

Упражнение 5. «Смех».

*Занятие 6*

Приветствие.

Упражнение 1. «Собака принимает».

Упражнение 2. «Сосредоточенность».

Упражнение 3. «Рисунок по кругу».

Упражнение 4. «Дракон ловит свой хвост».

Заключительная часть.

Упражнение 5. «Штанга».

Упражнение 6. «Парапсихологическое воздействие».

*Занятие 7*

Приветствие.

Упражнение 1. «Удивление».

Упражнение 2. «Ласка».

Упражнение 3. «Путанка».

Упражнение 4. «Расставь посты».

Заключительная часть.

Упражнение 6. «Смех».

*Занятие 8*

Приветствие.

Упражнение 1. «Золушка».

Упражнение 2. «Провинившийся».

Упражнение 3. «Сиамские близнецы».

Упражнение 4. «Марионетки».

Упражнение 5. «Парапсихологическое воздействие».

Заключительная часть.

Упражнение 6. «Смех».

#### 4 Обобщающее-закрепляющий этап.

Задачи этапа:

- Обобщение сформированных на предыдущем этапе адекватных способов коммуникации и эмоционально-волевого поведения;
- Перенос нового позитивного опыта в реальную жизнедеятельность.

#### *Занятие 9*

Приветствие.

Упражнение 1. «Паровозик»

Упражнение 2. «Изображение животных»

Упражнение 3. «Тень»

Упражнение 4. «Путанка»

Упражнение 5. «Дракон ловит свой хвост»

Упражнение 6. «Каждый спит»

#### *Занятие 10*

Игра в любимые игры. Ритуал прощания.

Также дополнительно были использованы сказкотерапия, занятия изобразительным искусством и музыкальная терапия. Они позволяют организовать общий позитивный фон в процессе коррекции, способствуют развитию эмоциональной сферы, коррекции негативизма, трансформации страхов, агрессий и самоагрессий.

Сказкотерапия – метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, для расширения сознания и совершенствования взаимодействия с окружающей средой.

Основной принцип метода – духовное, целостное развитие личности ребенка.

Развитие личности ребенка может быть более эффективным, если он не просто представит себе сказку, но и сам непосредственно соприкоснется с ней. Попадая в сказку, ребенок легко воспринимает «сказочные законы» – нормы и правила поведения, которые иногда с трудом прививаются детям родителями и педагогами.

При использовании сказки как психотерапевтического средства ребенок и взрослый учатся постигать внутренний мир и образ мыслей другого человека. Продумывая судьбы главных героев, проживая сказочные ситуации, ребенок во многом формирует у себя картину Мира.

В зависимости от этого ребенок будет воспринимать различные ситуации, и действовать различным образом [39, с. 2].

Действие сказки разворачивалось на поверхности стола, к которому скотчем был прикреплен лист ватмана. К началу каждого занятия для возможного использования в любой момент игрового процесса подготавливались краски, карандаши, пластилин, цветная бумага, ножницы, клей.

Фоном для проведения сказкотерапии была джазовая музыка (саксофон).

Непосредственно во время игрового сеанса нами велся краткий протокол, а после завершения занятия и ухода других участников мы описывали произошедшие события более подробно. Фиксировались также эмоциональные реакции всех участников игры, по возможности подробно воспроизводились игровые диалоги, схематично намечалось развитие сюжета на следующем сеансе.

Игровое поле всегда «очищалось» только после ухода других участников игры, все игровые предметы помещались в коробку (для каждой игровой группы отдельную). На очередном занятии все предметы располагались на игровом поле в строгом соответствии со схемой до прихода других участников группы. Очевидно, что такой подход стимулировал творческое мышление всех участников игры, позволял им глубже обдумать произошедшие на очередном сеансе события и создавал ощущение самостоятельной и независимой «жизни» всех персонажей сказки в неигровое время.

Сюжет сказки не продумывался заранее, проговаривались и описывались только имя, внешний вид главного героя, его происхождение, условия жизни «здесь и теперь», окружающая среда.

Герой не выбирался из заранее подготовленных игрушек, предметов, а лепился из пластилина, причем одновременно как положительный, так и отрицательный герои (первое домашнее задание).

Правила поведения были более гибкими, чем принимаемые традиционно: допускалось физическое воздействие на другие персонажи (без разрушения); монологи и диалоги произносились не только от первого, но и от второго лица (по желанию участника); в неигровое время было возможным обсуждение отдельных элементов процесса между участниками.

Частота игровых сеансов составляла два раза в неделю длительностью один час.

С целью критического снижения сопротивления участников, для предупреждения реакций переноса и контрпереноса в определенный момент (на 3–4 сеансе) главный герой наделялся способностью быть невидимым (при помощи различных «магических предметов»), что обязывало героев других участников общаться только между собой, без вербального вмешательства со стороны.

С определенного момента (4–5 сеанс) один из «предметов» – фотография с изображением ребенка «оживал» и ребенок с фотографии становился самостоятельно действующим персонажем сказки.

Действие сказки разворачивалось в двух «странах»: в «Хорошем месте» – среде обитания главного героя и в «Страшном месте» (сне) – среде обитания отрицательного персонажа («тени»).

События происходили как поочередно, так и одновременно в двух «странах». Кроме того подразумевалось существование «Страны детства», о событиях, происходивших и происходящих в которой всем героям рассказывал персонаж сказки, ребенок с фотографии.



Все события, происходившие в «Стране детства» (события были только позитивными), переносились в среды обитания главных героев и «теней».

Для активации бессознательных структур, обеспечивающих личностное развитие в неигровое время, каждый сеанс завершался домашним заданием (рисунок, лепка).

Для дальнейшего развития творческого мышления, формирования ощущения полного завершения сюжета сказки, стратегической проработки жизненного плана и для оценки эффективности проведенных сеансов сказкотерапии на окончательном сеансе предлагалось написать письмо одним главным героем другому от первого лица (последнее домашнее задание).

Периодически действие сказки происходило в реальном времени. Если, например, один из героев после общения с каким-либо персонажем в «Страшном месте» через две минуты возвращался в «Хорошее место», считалось, что общение происходило именно две минуты назад. Однако, допускалось также, что за эти две минуты могло произойти много различных событий, которые в реальной жизни происходят за годы. Рядом с игровым полем размещались часы. Это позволяло постоянно удерживать внимание всех участников на процессе игры в течение всего сеанса (1 час) и делать акцент на ощущениях и чувствах «здесь и теперь». Не было ограничений по временным рамкам только для написания письма: считалось, что между завершением сказки и написанием письма уже прошел период, равный нескольким годам.

Про «Страну детства» следует рассказать более подробно. В то время, как события на игровом поле происходили реально только в «Хорошем» и «Плохом месте», о существовании «Страны детства» все герои узнавали от ребенка – персонажа с фотографии. События были только позитивными, общение – конструктивным. Для того чтобы лучше узнать эту страну, предлагалось некоторые события, происходившие и происходящие в ней,

привнести в «Хорошее» и «Плохое место», то есть в два пространства, где реально отыгрываются различные фиксации участников.

События переносились «таинственным способом» в обязательном порядке. Таким образом, даже после завершения сказки участник игры – ребенок уверен, что при любых возникающих в жизни трудностях всегда есть какой-либо выход, а участник игры – взрослый – что даже если в своем реальном детстве и совершил с его точки зрения какие-то ошибки, есть возможность их хотя бы частично скорректировать.

Процесс сказкотерапии, безусловно, воздействует на два пласта психики любого участника – слой осознаваемого и более мощный пласт бессознательного.

Достаточно сложно было создать атмосферу безопасности для каждого участника игрового процесса, в которой каждый участник с самого начала чувствовал, что если он скажет что-то очень личное или абсурдное – есть человек, относящийся к нему с уважением.

Вместе с тем, для лица, проводящего данную терапию, постоянно существует опасность, состоящая в том, что, выражаясь словами К.Г. Юнга, «все, что есть в бессознательном стремится реализоваться, и человеческая личность хочет развиваться из своих бессознательных источников, ощущая себя как единое целое».

Анализ сказки позволяет решить следующие задачи:

- Развитие творческого (креативного) мышления, то есть способности удивляться и познавать, находить решение в нестандартных ситуациях, нацеленности на открытие нового и способности к глубокому осознанию своего опыта.

- Совершенствование вербального языка.

- Развитие фантазии, воображения.

- Развитие способности к глубокому образному мышлению, установлению причинно-следственных связей.

- Развитие эмпатии и умения слушать других.

- Развитие чувства юмора.
- Стимуляция интереса к творчеству в целом (поэзии, прозе, живописи).

Предложенная методика (как и сказкотерапия в целом) является подходящим инструментом для коррекции структуры личности, особенно учитывая тот факт, что даже после окончания игрового процесса остается уверенность в существовании «Страны детства», из которой всегда можно «перенести» в реальную жизнь различные позитивные события.

Методика проста и удобна для использования; при соответствующей готовности она может проводиться даже в нестандартных условиях (например, на природе).

Методика позволяет развить творческое мышление, вербальный язык, образное мышление, способность устанавливать причинно-следственные связи, развить эмпатию и чувство юмора.

За время сеансов сказкотерапии улучшаются мелкая и общая моторика, фон настроения, навыки самообслуживания, рисования лепки, письма.

В смешанных группах (дети и их родители) формируются (восстанавливаются) нормальные внутрисемейные отношения, появляется эмпатия у родителей по отношению к детям, а у детей – к родителям, «принятие» ребенка таким, какой он есть.

Возможно постоянное усовершенствование методики, а также творческое самовыражение в процессе терапии и личностный рост самого терапевта, являющегося одновременно и участником игры [41, с. 65].

При проведении коррекционно-развивающих занятий была замечена динамика проявления положительных и отрицательных эмоционально-волевых и личностных проявлений в поведении испытуемых.

Во время проведения первых 2-х занятий, которые требовали выступления перед другими детьми, выполнения продукта деятельности, дети выражали чувство беспокойства, неуверенности, страха перед неудачей, отказывались взаимодействовать. При проведении ролевых игр, школьники

испытывали сложность в разыгрывании ситуаций, перевоплощением в персонажи и не проявляли нужной эмоциональности при этом.

Боялись не только изображать различных персонажей в играх, но даже не смогли «собраться» и ответить на вопросы экспериментатора, при этом они опускали глаза, краснели, постоянно что-то теребили в руках. Данное состояние детей связано с тревожностью и страхом при выступлении перед аудиторией, незнакомыми людьми, у них наблюдается фрустрация при самовыражении и все это сопряжено с неудачами в учебной деятельности.

На 3–4 занятие дети с интересом продолжали посещение. Здесь проявлялись попытки инициативности, активности, заинтересованности. Испытуемые предпочитали чтение сказок, разыгрывание их по ролям, рисование и продуктивная деятельность, а также подвижные игры.

В течение следующих 5–6 занятий поведение детей начинает заметно изменяться. При выполнении коллективных заданий, не требовалось столь частого вмешательства психолога, дети самостоятельно и инициативно подходили к цели. Большинство школьников не проявляли первоначального волнения и беспокойства, хотя негативные эмоциональные проявления присутствовали (тревожность, страх, неуверенность в себе).

При проведении 4-х последующих занятий замечено повышение положительных эмоциональных установок школьников. У детей ярко стало проявляться чувство сплоченности, коллективизма, принятие детей друг другом. Испытуемые научились расслабляться, выражать адекватные эмоции при разыгрывании ситуаций и выполнении упражнений.

Упражнения на релаксацию выполнялись с желанием и интересом. Испытуемые научились обыгрывать ситуации коллективно, самостоятельно распределять при этом роли. Наблюдалось повышение чувства доверия, раскованности, уверенности при выполнении заданий, а также снижение волнения, беспокойства, замкнутости, скованности.

Также мы проводили занятия изобразительной деятельностью с детьми.

Наряду с обучением ребенка технике рисования в ходе занятий решается целый ряд психологических задач: развитие потребности ребенка в общении, обогащение форм контакта, включая развитие навыков совместной деятельности, развитие стереотипов взаимодействия со взрослыми и сверстниками, придание этим стереотипам большей гибкости, социальной адекватности за счет постепенного насыщения их в эмоциональным опытом, развития воображения и способности к децентрации [42, с. 40].

Аутичным детям свойственна тенденция к выхолащиванию и формализации. В случае изобразительной деятельности, что проявляется в упрощении образа-символа, представляющего единицу изобразительного языка ребенка. Следует подчеркнуть, что необходимым этапом, подготавливающим свободное самовыражение ребенка является, с одной стороны, работа по созданию и поддержанию цельного, как можно более реалистичного образа-символа, и, с другой стороны, развитие стереотипов изобразительной деятельности. В дальнейшем эта работа должна вестись параллельно с развитием элементов творческой активности ребенка, предполагающей свободную комбинацию ранее освоенных образов [5, с. 78].

Для развития физического образа «Я» ребенку предлагается рисование автопортрета.

При помощи настольного зеркала 20 X 30 см фломастером, смываемым водой, обводится на зеркале контур и детали лица (можно при помощи преподавателя), затем изображение на зеркале смачивается из пульверизатора и на него накладывается бумага, хорошо впитывающая воду. Затем ребенок раскрашивает оттиск. Впоследствии от этого метода можно перейти к обыкновенному автопортрету.

Для большей активности ребенка в выборе темы занятия хорошо зарекомендовал себя метод случайно ассоциированных между собой слов-образов. Ребенок наугад открывает книгу случайно, не глядя, фиксируя пальцем слово. Таким образом, набирается несколько слов, из которых ребенку предлагается составить рассказ, который затем иллюстрируется.

Метод опирается на особенности так называемого магического мышления, легкость вербальных ассоциаций у детей с РДА и направлен на «заземление» слов-образов и на их координацию с реальным опытом ребенка.

Например, С., 9 лет, выделил слова: угол, окно, собака, забор. У С. после некоторого размышления и обсуждения с педагогом возникла ассоциация-фраза из песни «жил да был черный кот за углом...».

После обсуждения с педагогом С. вспомнил про дачу, кошку заменил на собаку. Появился знакомый образ дачного дома, огорода за забором и собаки, этот образ и стал главной темой рисунка.

Если у ребенка сложился определенный образ (то есть он знает, что именно хочет нарисовать), предлагается два способа помочь ему выразить себя.

1. Когда тема рисунка сложная (то есть он состоит из двух и более фигур), то используется способ, предполагающий схематическую прорисовку темы педагогом. Схема для рисунка ребенка должна быть очень простая, точная, с минимумом деталей. Отслеживание показательных движений педагога не должно вызывать пресыщения, поэтому необходимо, чтобы схема-образец состояла из набора прямых линий, воспроизводимых в объеме восприятия ребенка. Не рекомендуется использовать сложно переплетающиеся кривые.

2. В том случае, когда ребенок хорошо подготовлен, прорисовка убирается, чтобы ученик дальше выполнял задание по памяти. Последующие детали можно добавить в дальнейшем, после того как будет скопирована основная схема. Если запомнить схему прорисовки двух-трех фигур сразу сложно (некоторые дети запоминают только два-три элемента фигуры), стоит показывать последовательно только один-два элемента фигуры.

Схема должна соответствовать возможностям ребенка в изобразительной деятельности, предварительно выясненным в игре в «закорючки». В первую очередь оценивается способность ребенка создать завершенную форму, способность к самовыражению, учитывается

возможность взаимодействия учителя с учеником.

Варианты облегченного задания. Педагог, рисуя с закрытыми глазами (используется образ любимой игры в прятки) «закорючку», делает ее форму приближенной к законченному рисунку. Ребенку легче угадать, что было задумано, и добавить новые элементы. В дальнейшем по ходу игры от раза к разу педагог может усложнять свои «закорючки», задания, рисуя их более абстрактными.

Сложность заданий для ребенка определяется по его вовлеченности: когда он пресыщается, то чаще всего не отказываемся напрямую от игры, а нарушает ее очередность (начинает только задавать «закорючки», избегая самостоятельного разгадывания), причем сбивается на старые стереотипы, то есть вместо бесформенных штрихов может нарисовать или римские цифры, или слегка деформированные буквы, испытывая большое удовольствие от своей «хитрости».

Педагог в этом случае принимает игру и старается сделать, скажем, из римских цифр лесенку, из арабских цифр, написанных в ряд – головы пассажиров автобуса, стараясь максимально использовать внимание и вовлеченность ребенка в деятельность.

В других случаях пресыщение приводит к тому, что воспитанник переходит к свободному рисованию, что само по себе позитивно, но в описываемой ситуации не поощряется.

Можно предложить выложить задуманное из геометрических фигур (используя логическую игру «Танграм»). (Следует, однако, учесть, что, когда используются геометрические элементы для создания изображения человека, животных, предметов, есть опасность увлечения чрезмерной схематизацией, что и так очень характерно при аутизме (ребенок рисует голову квадратной, не сглаживая углы в антропоморфной фигуре),

Сначала педагог предлагает определенную схему (например, фигурка зайчика из квадратов и треугольников) и обводит контур восковыми мелками, несколько округляя линии. Ребенку предлагается выложить из

геометрических фигур зайчика, обвести контур восковыми карандашами и закрасить рисунок. При этом он частично смягчает прямые линии, делает их слегка скругленными, а при закрашивании красками фигура приобретает не только цвет, но становится еще более живой и естественной по форме.

Хотелось бы подчеркнуть, что исправления и дополнения желательно делать именно на рисунке-схеме, а не на рисунке ребенка. Это, с одной стороны, позволяет ребенку чувствовать себя в безопасности (его пространство не подвергается вторжению, его рисунок остается целым и сохранным), с другой стороны, помогает фокусировать внимание ребенка на действиях педагога и запускает механизм подражания.

Вышеизложенные методы практически исключают необходимость вмешательства педагога в рисунок ребенка, максимально стимулируют собственную активность и направлены на укрепление эго ребенка (функция психики, отвечающая за связь с реальностью).

В то же время более активное участие педагога допускается в раскрашивании, выборе цвета, поскольку, в отличие от хорошего чувства формы, дети с ранним детским аутизмом склонны игнорировать цвет, несущий основную эмоциональную нагрузку (склонны к монохромии). Предлагая ребенку материалы для рисования, желательно предварительно исключить черный и в некоторых случаях темно-коричневый цвет и создать предпосылки к использованию достаточно яркой, насыщенной цветовой гаммы.

Эмоциональная привязанность ребенка к педагогу особенно необходима в занятиях арт-терапией, так как это создает благоприятную атмосферу для интеграции чувства «Я» ребенка. Это происходит через совместное исследование выражения в рисунке различных сторон личности ребенка.

Например, мальчик А. во время проведения исследования сел вместе с нами перед школьной доской, тут же взял синий мелок и нарисовал окружность. Мы его похвалили и предложили нарисовать предмет, по форме



напоминающий круг. Некоторое время ученик не понимал смысла задания, а затем назвал «апельсин». Затем мальчик вспомнил предыдущее занятие, на котором рисовали геометрические фигуры, и из треугольника получилось метро: Л. на вершине добавил прямоугольник, и получились рельсы, в перспективе уходящие в тоннель. Из овала мальчик сделал сливу, из прямоугольника приемник, из квадрата концерт (весь квадрат заполнил кружочками).

Последним из используемых методов коррекции стало применение музыкальной терапии.

Как известно, дети с синдромом раннего детского аутизма имеют особенную тягу к музыке, они эмоционально уязвимы в восприятии музыки. В научных исследованиях говорится, что эмоциональная чувствительность на музыку и особая необходимость в ней связаны, прежде всего, с уровнем нейротизма.

Уместность применения музыки на занятиях с ними, по нашему мнению обусловлена следующим:

1) как известно, одной из главных проблем при налаживании взаимодействия с аутичным ребенком есть отсутствие его внимания, пребывание на «своей волне». Особенно подобранная музыка привлекает внимание и организует относительную устойчивость процесса восприятия ребенка с РДА;

2) обнаружена большая приверженность аутистов в отношении к предметам, чем к людям обуславливает эффективность налаживания диалога с ними опосредованно, например, через музыкальные инструменты.

Кроме этого, методы, которые применяет современная музыкотерапия, на наш взгляд являются соответствующими с актуальными проблемами детей с аутичным типом развития.

Так, в классификации современных методов музыкотерапии по критерию подавляющего лечебного действия отмечают:

– методы, направленные на отреагирование, а также на эмоциональную

активацию;

– тренинговые методы, применяемые в контексте поведенческой терапии;

– релаксационные и регулятивные методы;

– коммуникативные методы;

– творческие методы в форме инструментальной, вокальной, двигательной импровизации.

Структура занятия предполагала следующие этапы.

1. Приветствие как ритуал.

2. Регуляционное упражнение (активизация зрительного, слухового, двигательного внимания) с целью налаживания психофизиологического состояния ребенка в плане привлечения ее к действию;

3. Коррекционно-развивающие упражнения (главный блок заданий).

4. Прощание как ритуал. Так как дети приходят на занятия, имея непредсказуемое эмоциональное состояние, главное ритуала приветствия, которое происходит в начале занятия – создать атмосферу доверия для детей и настроить их на занятие. Приход детей в группу сопровождается приятная спокойная и негромкая музыка.

Перед началом пения проверяется правильность положения корпуса и головы, обращается внимание на обработку правильного дыхания. Занятия пением начинаются без слов, на низких тонах, вызывающих в нашем организме максимальный резонанс и дают возможность почувствовать активность и удовольствие в процессе управления собственным голосом. Дальнейшая работа строится на подпевание эмоционально насыщенным мелодиям, которое перерастает в самостоятельное пение.

На втором этапе происходит прослушивание музыки (вместе с активизированным ритмичным движением. Внедряются инсценированные попевки, способствующие становлению коммуникации, побуждают детей двигаться в едином ритме. Упражнения на релаксацию мышечного тонуса, задачей которых является научить детей с РДА управлять своими мышцами и

эмоциональными состояниями; рисование под музыку.

На третьем – музыкально-ритмические игры (игры-диалоги); вокально-двигательный игротренинг с использованием фитбола; танец как коммуникация двигательными средствами.

На этом этапе представлены самые сложные задачи, выполнение которых возможно через развитые у ребенка с РДА на предыдущих этапах способности находиться и выполнять последовательные действия в ритмически организованной среде, с устойчивым пространством, имеющую определенную эмоциональную окраску и в которой присутствуют еще несколько участников.

По представленной классификации мы делаем вывод, что эти методы могут стать важными ориентирами психолого-педагогического воздействия на развитие детей с РДА, ведь они направлены на составляющие основного спектра аутичной проблематики, а именно: нарушения в социальном взаимодействии и коммуникации, неадекватность функционирования эмоциональной сферы, отсутствие гибкого поведения в соответствии с социальным контекстом и разнообразной спонтанной социальной игры-имитации, стереотипные виды их поведения.

Для получения более достоверных данных по окончании психокоррекционной работы был проведен психодиагностический контрольный срез для изучения динамики эмоционально-волевого и личностного состояния детей после их участия в психокоррекционных занятиях. Результаты изучения самооценки представлены в таблице 4.

Таблица 4

#### Особенности самооценки дошкольников

Вид самооценки	Количество испытуемых, в %			
	до коррекции	После	до коррекции	после
Завышенная	8	8	8	24
Адекватная	16	24	16	48
Низкая	76	68	76	28
	Контрольная группа		Экспериментальная группа	

Данные таблицы 4 констатируют динамику изменения уровня самооценки в экспериментальной группе испытуемых. Завышенная самооценка повысилась от 8 до 24%, адекватная от 16 до 48%. И низкая понизилась от 76 до 28%.

В контрольной группе значимых изменений не проявилось.

Таблица 5

Результаты уровня тревожности до и после коррекции по методике А.М. Прихожан в экспериментальной группе

Уровни тревожност и	Виды тревожности							
	Школьная		Самооценочная		Межличностная		Общая	
	до коррекц ии	После	до коррекц ии	После	до коррекц ии	после	до коррекц ии	после
высокий	52	36	44	28	62	36	58	36
средний	22	46	32	58	30	54	18	40
низкий	16	16	24	16	8	8	24	24

Показатели тревожности наглядно констатируют (таблица 5 и 6) преобладание среднего уровня по всем видам тревожности. Заметно ниже показатели высокого уровня (36%; 28%; 36%; 36%) и показатели низкого уровня тревожности не изменился (16%; 16%; 8%; 24%). Средний уровень преобладает при рассмотрении самооценочной тревожности (58%), общей (40%) и школьной (46%), далее межличностной (54%).

Таблица 6

Результаты уровня тревожности до и после коррекции по методике А.М. Прихожан в контрольной группе

Уровни тревожност и	Виды тревожности							
	Школьная		Самооценочная		Межличностная		Общая	
	до коррекц ии	После	до коррекц ии	после	до коррекц ии	после	до коррекц ии	после
высокий	52	52	44	36	62	62	58	58
средний	22	22	32	40	30	30	18	18
низкий	16	16	24	24	8	8	24	24

В контрольной группе испытуемых значимых изменений в результатах исследования не наблюдается. Данная тенденция (динамика изменения тревожности) может быть определена возрастными особенностями эмоциональной сферы младших школьников, его взаимоотношениями со сверстниками и значительным людьми (педагоги, родители), отношением к самому себе, а также эффективным воздействием программы на стабилизацию данных видов эмоционально-волевой и личностной сфер. Результаты исследования по методике «Рисунок семьи» на контрольном этапе представлены в таблице 7.

Таблица 7

Результаты исследования симптомокомплексов по методике «Рисунок семьи» до и после проведения формирующего эксперимента

Уровень проявления	Количество испытуемых, в %			
	До проведения форм. эксп-та		После	
Интровертированность, замкнутость	62	62	62	36
Тревожность	50	50	50	24
Агрессия и враждебность	20	20	20	16
Демонстративность, стремление к лидерству	4	4	8	8
Стремление к защите взрослых, родителей	58	58	58	50
Стремление к какой – либо деятельности	24	24	32	40
Группы испытуемых	Контр. гр.	Экспр. гр.	Контр. гр.	Экспр. гр.

Результаты исследования согласно таблице 6, раскрывают изменения которые произошли с испытуемыми экспериментальной группы: снижение замкнутости от 62% до 36%, тревожности с 50 до 24%, агрессии с 20% до 16%, стремление к защите взрослых с 58% до 50%. Также в данной группе наблюдается повышение демонстративности от 4% до 8% и стремления к какой-либо деятельности от 32% до 40%.

Данная динамика изменения результатов исследования в экспериментальной группе является позитивной, что может констатировать о положительном влиянии коррекционных занятий на экспериментальную группу.

С целью установления положительного влияния коррекционных занятий на стабилизацию эмоционально-волевой сферы и личности детей младшего школьного возраста с синдромом раннего детского аутизма нами применен критерий знаков.

При рассмотрении школьной тревожности после проведения коррекционных занятий у 9 человек наблюдается положительное изменение показателя тревожного поведения, у 4 не изменяется и у 0 отрицательное изменение параметра. Следовательно:

«+» – 9	Типичный сдвиг
«0» – 4	Нулевой сдвиг
«-» – 0	Нетипичный сдвиг

Типичное направление – нормализация школьной тревожности поведения.  $G_{эмп} = 0$ .  $N = 13 - 0 = 13$ . Для данного значения  $G_{эмп}(0) \leq G_{0,01}(1)$ , то преобладание «типичного» сдвига является достоверным.

При рассмотрении самооценочной тревожности после проведения коррекционных занятий у 7 человек наблюдается положительное изменение показателя тревожного поведения, у 6 не изменяется и у 0 отрицательное изменение параметра. Следовательно:

«+» – 7	Типичный сдвиг
«0» – 6	Нулевой сдвиг
«-» – 0	Нетипичный сдвиг

Типичное направление – нормализация самооценочной тревожности.  $G_{эмп} = 0$ .  $N = 13 - 0 = 13$ . Для данного значения  $G_{эмп}(0) \leq G_{0,01}(1)$ , то преобладание «типичного» сдвига является достоверным.

При рассмотрении межличностной тревожности после проведения коррекционных занятий у 10 человек наблюдается положительное изменение показателя тревожного поведения, у 3 не изменяется и у 0 отрицательное изменение параметра. Следовательно:

«+» – 10	Типичный сдвиг
«0» – 3	Нулевой сдвиг
«-» – 0	Нетипичный сдвиг

Типичное направление – нормализация межличностной тревожности.  $G_{эмп} = 0$ .  $N = 13 - 0 = 13$ . Для данного значения  $G_{эмп} (0) \leq G_{0,01}(1)$ , то преобладание «типичного» сдвига является достоверным.

При рассмотрении уровня самооценки после проведения коррекционных занятий у 7 человек наблюдается положительное изменение показателя тревожного поведения, у 2 не изменяется и у 4 отрицательное изменение параметра. Следовательно:

«+» – 7	Типичный сдвиг
«0» – 2	Нулевой сдвиг
«-» – 4	Нетипичный сдвиг

Типичное направление – нормализация уровня самооценки.  $G_{эмп} = 0$ .  $N = 13 - 0 = 13$ . Для данного значения  $G_{эмп} (0) \leq G_{0,01}(1)$ , то преобладание «типичного» сдвига является достоверным.

При рассмотрении личностной особенности интровертированности-замкнутости после проведения коррекционных занятий у 7 человек наблюдается положительное изменение показателя тревожного поведения, у 2 не изменяется и у 4 отрицательное изменение параметра. Следовательно:

«+» – 7	Типичный сдвиг
«0» – 2	Нулевой сдвиг
«-» – 4	Нетипичный сдвиг

Типичное направление – нормализация личностной особенности интровертированности- замкнутости.  $G_{эмп} = 0$ .  $N = 13 - 0 = 13$ . Для данного значения  $G_{эмп} (0) \leq G_{0,01}(1)$ , то преобладание «типичного» сдвига является достоверным.

Следовательно, достоверное изменение в личностной сфере, в сторону стабилизации у детей с синдромом раннего детского аутизма, наблюдается по параметрам: школьная, самооценочная, межличностная тревожности, в уровне самооценки и уровне интровертированности по методике «Рисунок семьи». В

целом, данные результаты подтверждают выдвинутую нами гипотезу исследования.

Результаты эмпирического исследования отражают особенности эмоционально-волевой сферы и личности детей с ранним детским аутизмом.

Данные констатирующего эксперимента по методике «Изучение уровня самооценки» представляют преобладание низкого уровня самооценки (84%), намного ниже показатели адекватного уровня самооценки (12%) и самые низкие показатели высокого уровня (4%).

Результаты исследования тревожности по методике «шкала социально-ситуативной тревоги» показывают преобладание высокого уровня школьной тревожности (52%), самооценочной (44%), и межличностная (62%) и общей (58%).

Анализ результатов позволяет констатировать высокий уровень всех видов тревожности, но наиболее высок показатель межличностной и школьной, что говорит о недостаточной адаптации младших школьников с показателями раннего детского аутизма к педагогической среде.

Результаты исследования по методике «Рисунок семьи» констатирует преобладание стремления школьников к защите взрослых и родителей (58%), выраженность тревожности (40%) и интровертированность, замкнутость – 62%.

По результатам констатирующего эксперимента были подобраны и проведены коррекционные занятия. На коррекционных занятиях ведущим являлся метод поведенческого тренинга. Он направлен на обучение ребенка адекватным формам поведения в проблемных ситуациях. При проведении коррекционно-развивающих занятий была замечена динамика проявления положительных и отрицательных эмоционально-волевых и личностных проявлений в поведении испытуемых.

Результаты повторной диагностики показали динамику изменения уровня самооценки в экспериментальной группе испытуемых, всех видов тревожности (преобладание среднего уровня).



Результаты исследования по методике «Рисунок семьи» показали снижение замкнутости от 62% до 36%, тревожности с 50 до 24%, агрессии с 20 % до 16%, стремление к защите взрослых с 58% до 50%. Также в данной группе наблюдается повышение демонстративности от 4% до 8% и стремлении к какой-либо деятельности от 32% до 40%.

В контрольной группе испытуемых значимых изменений в результатах исследования не наблюдается.

С целью установления положительного влияния коррекционных занятий на стабилизацию эмоционально-волевой сферы и личности детей младшего школьного возраста с синдромом раннего детского аутизма нами применен критерий знаков. Достоверное изменение в эмоционально-волевой и личностной сферах, в сторону стабилизации у детей с синдромом раннего детского аутизма, наблюдается по параметрам: школьная, самооценочная, межличностная тревожности, в уровне самооценки и уровне интровертированности-замкнутости по методике «Рисунок семьи» на 1% уровне достоверности. В целом, данные результаты подтверждают выдвинутую нами гипотезу исследования.

#### **2.4. Работа по профилактике негативных тенденций развития личности в образовательных учреждениях и с участием родителей младших школьников**

Работа по профилактике негативных тенденций развития личности в образовательных учреждениях предполагает помощь в формировании полноценной жизненной компетенции, развитие адекватных отношений между ребенком, учителями, одноклассникам и другими обучающимися, родителями; работу по профилактике внутриличностных и межличностных конфликтов в классе, школе, поддержанию эмоционально комфортной обстановки; создание условий успешного овладения учебной деятельностью с целью предупреждения негативного отношения обучающегося к ситуации школьного обучения в целом [9, с. 31].

Психолого-педагогическое сопровождение школьника с синдромом раннего детского аутизма можно представить в последовательной реализации следующих этапов: диагностики, конструирования индивидуального образовательного маршрута, реализации и итоговой аттестации.

На первом – диагностическом – этапе проводится комплексное психолого-педагогическое обследование с целью определения индивидуальных особенностей ребенка, выявления причин, прогноза проблем обучения. Необходимо отметить, что основной целью психологической диагностики является определение структуры дефекта: первичного, вторичного и т.д. [38, с. 86].

Диагностика психического развития ребенка включает в себя:

- всестороннее клинико-психологическое изучение особенностей личностного развития ребенка с аутизмом;
- анализ системы семейных отношений, характера взаимодействия родителей и ребенка, стилей семейного воспитания, личностных особенностей родителей.

Диагностика социальной среды ребенка включает в себя анализ негативных факторов социальной среды, травмирующих ребенка, особенности его социальной адаптации в среде, специфику его отношения к окружающим.

Диагностика должна осуществляться с помощью экстенсивных и интенсивных методов исследования.

К экстенсивным методам относятся:

- направленные беседы с родителями об особенностях психического развития ребенка на разных возрастных этапах;
- анализ медицинских документов, характеристик ребенка, полученных от педагогов;
- направленное наблюдение за ребенком в процессе консультирования, диагностики и других форм психологической помощи. (Не вызывает сомнений, что психологическая диагностика детей с ранним детским

аутизмом должна опираться на умение психолога наблюдать за ребенком в процессе деятельности, доступной ему) [35, с. 80].

К интенсивным методам относятся экспериментально-психологические методы [23, с. 140].

Следует подчеркнуть, что проведение экспериментально-психологической диагностики детей с ранним детским аутизмом с использованием инструментальных методов не всегда возможно, особенно для детей с тяжелой степенью аффективной патологии.

Педагогическая диагностика включает в себя:

– наличие базисных функциональных навыков (зрительный контакт; умение терпеливо ждать; усидчивость; выполнение инструкций (в том числе обращенных к группе, «в пространство», включающих условие или многошаговые действия); подражание, сопоставление объектов и изображений; навыки в художественно-изобразительной деятельности;

– умения социально-бытовой адаптации: сдерживание на людях стереотипного поведения (в частности, стереотипных движений или вопросов); закрепленный навык пользования туалетом.

– речевые навыки: способность отвечать на приветствие и приветствовать самому; достаточно большой словарный запас; спонтанные просьбы; умение просить о помощи; умение отвечать на вопросы; умение рассказывать о себе; умение описывать произошедшие события.

– академические навыки (счета, чтения, письма), а также навыки игры (поиска партнеров, самостоятельного ведения игры, понимания правил, использования игровых предметов в соответствии с их функциями и др. [2, с. 46]).

В отличие от обследования обычных детей обследование ребенка с ранним детским аутизмом следует организовать более гибко, разрешить родителям присутствовать при обследовании.

Учитывая трудности в установлении контакта, неразвитость средств коммуникации, страх новой ситуации, большой упор должен делаться на

опосредованную организацию ребенка, когда сама структура пространства, инструмент, провоцирует его на выполнение задания.

Для адекватной оценки возможностей ребенка необходимо четко различать его достижения в спонтанных проявлениях, стереотипных интересах и результатах, полученных при попытке произвольной организации такого ребенка, в его действиях по просьбе учителя. Результаты могут чрезвычайно различаться. Моторно ловкий в своих спонтанных движениях, такой ребенок может испытывать чрезвычайные трудности в повторении движения по просьбе; спонтанно чисто произнеся фразу, он может продемонстрировать смазанную, аграмматичную речь при необходимости ответить на поставленный вопрос. Дело не в том, что он не хочет, он действительно не может повторить свои достижения произвольно [21, с. 19].

Результаты, полученные в ситуации произвольной организации, отражают существующие в настоящее время возможности обучения, социальной организации ребенка. Достижения ребенка в его спонтанной деятельности, в русле его стереотипных интересов дают нам информацию о возможных направлениях коррекционной работы.

По результатам психологического обследования, педагогической диагностики на школьном консилиуме составляется индивидуальный образовательный маршрут.

На втором этапе сопровождения ребенка с ранним детским аутизмом в школе, проектировании образовательного маршрута, осуществляется выбор формы обучения, постановки целей и подбора методов обучения, которые подходят конкретному ребенку.

Целью создания образовательных маршрутов является:

– обеспечение формирования и реализации образовательных потребностей детей на основании выбора и оптимизации учебной, психической и физической нагрузок с учетом индивидуальных особенностей их развития;

– организация наиболее оптимальных для ребенка условий обучения с целью развития его потенциала и формирования необходимых знаний, умений и навыков;

– отражение специфических для ребенка средств овладения необходимым (программным) содержанием [17, с. 54].

Как было отмечено выше, дети с ранним детским аутизмом нуждаются в дифференцированном подходе при определении образовательного маршрута. И диапазон выбора чрезвычайно широк: от возможности освоения ребенком массовой программы и обучения при специальной поддержке в обычной школе до необходимости формирования специальной индивидуальной программы образования (таблица 8).

Таблица 8

Варианты интеграции ребенка с ранним детским аутизмом  
школьного возраста

Тип школы	Условия пребывания
Средняя общеобразовательная школа	Тьютор рекомендуемый режим
Школа надомного обучения (СОШ)	Рекомендуемая образовательная программа
Специальная коррекционная общеобразовательная школа (диагностический класс)	Направленность коррекционной работы, срок повторного обследования ПМПК
Специальная коррекционная общеобразовательная школа (интегрированный класс)	Адаптированная образовательная программа, коррекционная направленность педагогической работы, ТСО и пр.
Учреждения дополнительного образования	Рекомендуемый режим, дополнительная помощь

Отметим, что выбор того или иного образовательного маршрута определяется комплексом факторов: возрастом ребенка, состоянием здоровья, уровнем готовности к освоению образовательной программы, особенностями, интересами и потребностями семьи в достижении необходимого образовательного результата, возможностями образовательного учреждения удовлетворить специальные и особые образовательные потребности детей.

На этапе конструирования индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ранним детским аутизмом важно предусмотреть следующие условия его включения:

1. Объем включения:

- частичное включение (с тьютором, воспитателем).
- полное включение (возможно только при условии подготовленности ребенка с запасом на 1 четверть).

Обязательно дозированное введение, желательно на тот урок, на котором он более успешен;

2. Рекомендуемая образовательная программа:

- основная образовательная программа;
- адаптированная образовательная программа;
- индивидуальная программа реабилитации.

Для таких детей очень важны учебные предметы, которые расширяют знания об окружающем мире и других людях.

В начальной школе это чтение, природоведение, история, потом предметы гуманитарного и естественного цикла. Особенно важным представляются занятия такого ребенка литературой, сначала детской, затем классической [8, с. 80].

Необходимо медленное, тщательное, эмоционально насыщенное освоение заложенных в этих книгах художественных образов людей, обстоятельств, логики их жизни, осознание их внутренней сложности, неоднозначности внутренних и внешних проявлений, отношений между людьми. Это способствует улучшению понимания себя и других, уменьшает одноплановость восприятия мира, стремления делить все на белое и черное, развивает чувство юмора. Это все важно для социализации такого ребенка, его эмоциональной стабилизации. Физические упражнения, как известно, могут и поднять общую активность ребенка и снять его патологическое напряжение. Известно, что такой ребенок в большинстве случаев испытывает огромные трудности на всех уровнях организации моторного действия: нарушения

тонуса, ритма, координации движений, распределения их в пространстве. Все эти трудности становятся особенно явными в ситуации произвольной организации ребенка. Ему необходима специальная индивидуальная программа физического развития, сочетающая приемы свободной, игровой и четко структурированной форме [24, с. 38].

Уроки труда, рисования, пения в младшем возрасте тоже могут сделать многое для адаптации такого ребенка в школе. Прежде всего, именно на этих уроках ребенок с ранним детским аутизмом может получить первые впечатления того, что он работает вместе со всеми, понять, что его действия имеют реальный результат. Это очень важно для него. Учитывая неловкость рук такого ребенка, мы должны подбирать для него задания так, чтобы он чувствовал в них свою состоятельность, чтобы работа не была особенно трудной, а эффект был ярким [12, с. 82].

Особой проблемой могут стать импульсивные действия такого ребенка, уничтожение им результата своей работы – внезапное стремление порвать рисунок и т.п. Заметим, что через некоторое время ребенок горько жалеет о том, что сделал. Чтобы не допустить подобного, учитель должен немедленно после окончания работы забрать рисунок или поделку, поставить ее в безопасное место – на полку, повесить на стену, но так, чтобы все могли видеть ее, радоваться вместе с ребенком его успеху.

Содержанием компонента «жизненной компетенции» может быть и обучение навыкам коммуникации и бытовой адаптации, расширение знаний об окружающем мире, других людях. Чем больше ребенок с ранним детским аутизмом усваивает таких навыков, тем больше структурно разработанной и устойчивой становится его социальная роль, а стереотипы школьного поведения более разнообразными. Работа по улучшению бытовой адаптации должна идти в тесном взаимодействии с родителями. То, чему ребенок учится в школе, должно переноситься домой, как и его домашние достижения должны использоваться в школе. Это не происходит само собой, потому что ребенок с ранним детским аутизмом, как мы уже отмечали, ригидно связывает

навык с местом и человеком, с которым этот навык был отработан. Поэтому при возникновении трудностей для облегчения переноса возможна временная работа с навыком родителей в школе и педагога дома. Конечно, освоение навыков бытовой адаптации, самообслуживания должно идти в основном дома, но школа в этом случае не должна оставаться в стороне от этой работы [6, с. 80].

Моменты школьного дня, когда ребенок раздевается и одевается, приходя в школу и уходя из нее, переодевается на физкультуру, завтракает в столовой, должны рассматриваться как ситуация обучения. В соответствии с этим они должны быть четко педагогически структурированы.

Этап реализации индивидуального маршрута школьника выступает в последовательной, временной организации принципа индивидуализации. Обязательным моментом сопровождения индивидуального маршрута является проведение диагностических срезов состояния психофизического развития ребенка. Целью завершающей диагностики является выявление результатов действия маршрута (трудность сохранилась или не сохранилась) [7, с. 40].

Следует заметить, что при построении индивидуального образовательного маршрута ребенка совершенно необходимым становится комплексный подход к диагностике, коллегиальное обсуждение результатов психологической и педагогической диагностики. Таковы общие требования, этапы организации сопровождения обучения ребенка с ранним детским аутизмом. При правильной организации жизни ребенка, развитии жизненного стереотипа (кропотливой работе многих лет) в большинстве своем поведенческие проблемы ребенка с ранним детским аутизмом разрешаются.

Важным звеном в системе психолого-педагогического сопровождения детей с ранним детским аутизмом является психологическая поддержка родителей. Работа с родителями детей с аутизмом – это система мер, принимаемых в целях снижения эмоционального дискомфорта в связи с заболеванием ребенка, поддержания уверенности родителей в возможностях ребенка, формирование у родителей адекватного отношения к болезни



ребенка, сохранение адекватных родительско-детских отношений и стилей семейного воспитания.

Семья – это первый источник социализации ребенка, наиболее сильный психический фактор, воздействующий на ребенка и фактически определяющий его дальнейшую жизнь. Как справедливо отмечают многие клиницисты и психологи, рождение больного ребенка является своеобразным испытанием для семьи, а процесс воспитания и уход за ребенком-инвалидом погружает родителей в пролонгированный стресс. Не только тяжесть дефекта у ребенка, но и определенные стереотипы, имеющие место в нашем обществе относительно лиц с ограниченными возможностями здоровья, выступают в качестве причин стрессовых состояний родителей.

Переживание семейного стресса, вызванного проблемами в воспитании ребёнка с ранним детским аутизмом, меняет свое отношение с течением времени. Условно выделяют несколько этапов, фаз, предполагающие разработку и реализацию собственных стратегий отношения и воспитания ребенка.

Длительность каждого этапа (фазы) зависит от тяжести аффективной патологии у ребенка, от особенностей защитных механизмов личности родителей и специфики межличностных отношений в семье.

Первая фаза характеризуется растерянностью, доходящей порой до страха.

Состояние родителей определяется чувством собственной неполноценности, ответственностью за судьбу ребенка, ощущением беспомощности и многими другими чувствами, которые полностью овладевают родителями и, естественно, влияют на их поведение. Эта сложная гамма чувств и отрицательных эмоций может выбивать людей из привычных рамок жизни, приводить к нарушениям сна, изменению взаимоотношений между родителями и окружающими их людьми. В основном эта фаза достаточно кратковременна (в определенных ситуациях эта фаза может вообще отсутствовать или длиться буквально мгновения).

Рассматривая себя как ответственных за произошедшее, родители испытывают чувство вины, если полагают, что сами сделали что-то, обострившее положение. Нередко такое шоковое состояние трансформируется в негативизм, отрицание реальности выявленных специалистом проблем ребенка [34, с. 40].

О.С. Никольская отмечает, что матери детей с ранним детским аутизмом в силу поведенческих нарушений детей (отсутствие визуального контакта, мутизм и пр.) часто оценивают себя как «плохих» матерей. Это объясняется механизмом проецирования и приписывания себе отрицательных качеств «это я плохая мать и поэтому ребенок не смотрит на меня, не улыбается мне» и пр. Период негативизма и отрицания рассматривается как вторая фаза состояния семьи и является важной психологической составляющей поведения семьи в целом. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень стабильности семьи в возникшей ситуации [27, с. 120].

Таким образом, отрицание может быть своеобразным способом устранения эмоциональной подавленности, тревоги. Крайней формой негативизма становится отказ от обследования ребенка другими специалистами, отказ от проведения каких-либо коррекционных мероприятий. Некоторые родители, выражая недоверие к консультантам, какими бы квалифицированными они ни были, многократно обращаются в разные научные и лечебные центры с целью отменить, устранить «неверный диагноз». Именно на этом этапе (фазе) формируется так называемый синдром «хождения по кругу врачей». Порой для достижения этой цели могут тратиться огромные силы и средства, что приносит в дальнейшем лишь еще большее разочарование. Описанная фаза – негативизм и отрицание – как правило, явление временное, и по мере того как родители начинают принимать диагноз и частично понимать его смысл, они погружаются в глубокую печаль [28, с. 54].

Это состояние подавленности, связанное с постепенным осознанием проблем, характеризует третью фазу. Именно здесь происходит большинство негативных событий в семье: семья прерывает контакты с окружающими, мать ребенка может постоянно находиться в подавленном состоянии, что зачастую влечет за собой ослабление и внутрисемейных связей. Именно в этот период семью чаще всего покидает мужчина. Причем, подчеркнем, глубина и выраженность эмоционального состояния каждого родителя в отдельности и семьи в целом зависит не только от реальности проблем ребенка, но и от субъективной оценки этих проблем самими родителями [26, с. 94].

Самостоятельное повторное обращение родителей за помощью к специалисту, особенно к тому, кто выявил и первым рассказал об имеющихся у ребенка проблемах, знаменует собой четвертую фазу, называемую иногда «реконвалесценцией». Этот этап характеризуется выходом семьи из глубокого эмоционального кризиса, началом социально-психологической адаптации семьи. В это время родители уже в состоянии достаточно адекватно оценить ситуацию, начать руководствоваться непосредственно интересами ребенка, устанавливать адекватные эмоциональные контакты со специалистами и достаточно разумно следовать их советам. Анализ того, на какой фазе психоэмоционального состояния находится семья, обязательно должен учитываться при педагогическом обследовании ребенка, беседах с родителями.

И.Ю. Левченко проанализировав обширный экспериментальный материал, выявил, что основными условиями, деформирующими воспитание больного ребенка, являются:

- отсутствие гибкости в формировании отношений родителей с детьми;
- отсутствие поиска оптимального варианта отношений;
- приверженность традиционным формам отношений в своем понимании (например, у нас так было);
- отсутствие знаний психологии больного ребенка.

Анализ причин затруднений показал, что воспитание осуществляется: без представления целей воспитания, без оценки возможностей ребенка и своих собственных, без соответствующего опыта в воспитании больных детей [20, с. 93].

В соответствии с этим понятно, что процесс реализации психологической поддержки родителей длителен и требует обязательного комплексного подхода, что предусматривает участие всех специалистов, сопровождающих ребенка: учителя, педагога-дефектолога, социального педагога, педагога психолога. Однако главная роль в этом процессе, безусловно, принадлежит психологу.

Психолог разрабатывает конкретные мероприятия, направленные на психологическую поддержку родителей, в зависимости от имеющихся проблем семейного воспитания больного ребенка и внутрисемейного взаимодействия. К числу такого рода поддерживающих мероприятий можно отнести рекомендации о вступлении родителей детей-инвалидов в клубы, ассоциации или другие родительские организации.

Эффективность поддержки определяется активным включением родителей в процесс реабилитации ребенка, особенно отцов. Как показывает опыт, отцы способны более конструктивно разрешать проблемы ребенка с ранним детским аутизмом, чем матери, и их активное привлечение к проблемам ребенка оказывает благотворное влияние не только на процесс воспитания ребенка, но и на психологический климат в семье в целом [3, с. 45].

Важным психотехническим приемом психологической поддержки являются родительские семинары. Основной задачей родительских семинаров является расширение знаний родителей о психологических особенностях их ребенка, психологии воспитания и психологии семейных отношений.

На семинарах родители вовлекаются в обсуждение своих проблем, обмениваются опытом, совместно вырабатывают пути разрешения

существующих конфликтов. Участие самого психолога в процессе семинара должно быть достаточно активным, так как он выступает в роли специалиста. Однако в процессе семинаров ему не следует давать оценочные суждения, интерпретации, порицания или советы.

Активность психолога должна проявляться в убедительных и аргументированных изложениях некоторых психологических вопросов. Его основной задачей является организация и ведение таких семинаров. Как специфический способ психологической поддержки родительский семинар строится на использовании нескольких специальных приемов. Прежде всего, речь идет о лекционных приемах, позволяющих психологу сообщить родителям необходимую им психологическую информацию.

Перед психологом стоит задача специального подбора тем применительно к интересам и системе переживаний участников семинара.

Среди актуальных тем для родителей можно выделить следующие: «Особенности психического развития детей с ранним детским аутизмом», «Особенности семейного воспитания детей с ранним детским аутизмом», «Психологический климат в семьях и роль каждого члена семьи в работе с ребенком», «Проблемы интеграции детей с ранним детским аутизмом в обществе» и пр.

Можно предложить также темы психолого-педагогической, юридической, медицинской направленности и в этом случае привлекать соответствующих специалистов для их освещения. Главное, чтобы темы лекций излагались просто, живо, убедительно. На родительских семинарах недопустимо оперировать научной терминологией. Групповая дискуссия является наиболее целесообразной формой проведения родительских семинаров.

Цель дискуссии – совместная выработка оптимального подхода к той или иной жизненной ситуации, повышение мотивации родителей и их вовлеченности в решение обсуждаемых проблем.

Выделяют две формы групповых дискуссий:

– тематическая дискуссия, когда происходит обмен мнениями по темам лекций;

– дискуссия по типу анализа конкретных ситуаций, темы которых предлагают сами родители.

Эта форма направлена на организацию творческого подхода родителей к воспитанию больного ребенка. Психолог предлагает родителям обсудить случай, который наверняка знаком многим из них. Например, ситуацию, связанную с поведенческими проблемами в общественном месте: «ребенок раскачивается в вагоне метро, на него все смотрят» или «на детской площадке ребенок-аутист отнимает у других детей игрушки».

Родители в совместном обсуждении ищут наиболее оптимальные способы реагирования в подобной ситуации. Частота и длительность таких семинаров зависят от возможностей родителей, степени их мотивированности [13, с. 260].

Родительские семинары целесообразно проводить не чаще одного раза в месяц. Желательно, чтобы дети во время семинаров находились под присмотром педагогов или социальных работников.

В ходе родительских семинаров необходимо уделять особое внимание не только когнитивным и поведенческим аспектам семейного воспитания, но и эмоциональным аспектам семейного взаимодействия. Знания об эмоциональных основах воспитания ребенка способствуют повышению жизненного тонуса родителей, повышают их уверенность в своих родительских возможностях ухода за ребенком и его воспитания и, главное, усиливают способность родителей к пониманию сложного эмоционального мира ребенка с ранним детским аутизмом.

Работа специалистов сопровождения с родителями осуществляется не только в форме организации их взаимодействия с родителями со сходными проблемами, но и в процессе индивидуальных консультаций.

Можно сформулировать две группы задач, которые должны решаться всеми специалистами при консультировании детей с проблемами в развитии.

Первая группа задач – создание психологических условий для адекватного восприятия родителями информации, связанной с проблемами в развитии их ребенка, создание у них готовности к длительной работе по развитию, коррекции и воспитанию.

Ко второй группе задач относятся вопросы, связанные с освобождением родителей от чувства вины, преодоления стрессового состояния семьи (в первую очередь угнетенного, часто депрессивного состояния матери), созданием и поддержанием по возможности нормального климата в семье (хотя бы непосредственно во время консультирования). Решение этих задач напрямую связано с определением психодинамического этапа, на котором находится семья в момент прихода на консультацию [30, с. 180].

Сопровождение ребенка с ранним детским аутизмом в образовательном учреждении предполагает высокую культуру взаимодействия педагогов, психологов и специалистов. Успешное функционирование системы сопровождения в школе является показателем высокого уровня управления образовательной деятельностью, реализовавшего современные представления о социокультурной миссии образования в обществе.

## **ВЫВОДЫ ПО 2 ГЛАВЕ**

Результаты эмпирического исследования отражают особенности эмоционально-волевой сферы и личности детей с ранним детским аутизмом.

Данные констатирующего эксперимента по методике «Изучение уровня самооценки» представляют преобладание низкого уровня самооценки (84%), намного ниже показатели адекватного уровня самооценки (12%) и самые низкие показатели высокого уровня (4%).

Результаты исследования тревожности по методике «шкала социально-ситуативной тревоги» показывают преобладание высокого уровня школьной тревожности (52%), самооценочной (44%), и межличностная (62%) и общей (58%).

Анализ результатов позволяет констатировать высокий уровень всех видов тревожности, но наиболее высок показатель межличностной и школьной, что говорит о недостаточной адаптации младших школьников с показателями раннего детского аутизма к педагогической среде.

Результаты исследования по методике «Рисунок семьи» констатирует преобладание стремления школьников к защите взрослых и родителей (58%), выраженность тревожности (40%) и интровертированность, замкнутость – 62%.

По результатам констатирующего эксперимента были разработаны и проведены профилактические и коррекционные занятия. На коррекционных занятиях ведущим являлся метод поведенческого тренинга. Он направлен на обучение ребенка адекватным формам поведения в проблемных ситуациях. При проведении коррекционно-развивающих занятий была замечена динамика проявления положительных и отрицательных эмоционально-волевых и личностных проявлений в поведении испытуемых.

Результаты повторной диагностики показали динамику изменения уровня самооценки в экспериментальной группе испытуемых, всех видов тревожности (преобладание среднего уровня).

Результаты исследования по методике «Рисунок семьи» показали снижение замкнутости от 62% до 36%, тревожности с 50 до 24%, агрессии с 20% до 16%, стремление к защите взрослых с 58% до 50%. Также в данной группе наблюдается повышение демонстративности от 4% до 8% и стремления к какой-либо деятельности от 32% до 40%. В контрольной группе испытуемых значимых изменений в результатах исследования не наблюдается.

С целью установления положительного влияния коррекционных занятий на стабилизацию эмоционально-волевой сферы и личности детей младшего школьного возраста с синдромом раннего детского аутизма нами применен критерий знаков. Достоверное изменение в эмоционально-волевой и личностной сферах, в сторону стабилизации у детей с синдромом раннего детского аутизма, наблюдается по параметрам: школьная, самооценочная, межличностная тревожности, в уровне самооценки и уровне



интровертированности – замкнутости по методике «Рисунок семьи» на 1% уровне достоверности. В целом, данные результаты подтверждают выдвинутую нами гипотезу исследования.

Способы профилактики негативных тенденций развития личности детей младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом можно подразделить на 2 группы:

– проводимые образовательными учреждениями в рамках образовательных программ;

– связанные непосредственно с участием родителей.

Первая категория состоит из таких этапов как: диагностика, конструирование индивидуального образовательного маршрута, реализация и итоговая аттестация.

Вторая категория включает в себя родительские семинары, проводимые в виде групповых дискуссий, индивидуальные консультации.

Безусловную эффективность в деле профилактики негативных тенденций развития личности детей младшего школьного возраста с ранним детским аутизмом даёт сочетание вышеуказанных способов.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушение поведения и коммуникации детей с ранним детским аутизмом является актуальной проблемой школьного образования.

Ранний детский аутизм представлен широкой панорамой феноменов – психологической ранимостью, слабой психологической защищенностью, особой уязвимостью по отношению к негативным социально психологическим влияниям, искажающим культурное развитие личности.

Ранний детский аутизм представляет собой отрыв от реальности, уход в себя, отсутствие или парадоксальность реакций на внешние воздействия, пассивность и сверхранимость в контактах со средой.

Термин получил широкое распространение благодаря описанию его в 1943 г. Каннером.

Синдром представлен тремя группами трудностей, характеризующих данное нарушение: трудности, связанные с социальным взаимодействием; трудности, связанные с социальной коммуникацией; нарушения воображения и символической игры.

Данные трудности – «триада нарушений» – проявляются очень рано, окончательно формируются к 2–2,5 годам и занимают центральное место в клинической картине заболевания.

В ряде случаев наблюдаются не все требуемые для установления диагноза раннего детского аутизма клинические характеристики, также аутизм как симптом может встречаться при многих других психических расстройствах.

Анализ психолого-педагогической литературы показывает, что выполнен ряд исследований сущности, механизмов формирования, признаков и проявлений эмоционально-волевых нарушений первичного характера.

За два последних десятилетия в отечественной специальной литературе появился ряд исследований, посвященных коррекционной работе с детьми с

ранним детским аутизмом. Однако коррекционных занятий направленных на коррекцию эмоционально-волевой сферы и личности у данных детей в полной мере не представлено.

Результаты эмпирического исследования отражают преобладание низкого уровня самооценки, высокого уровня школьной тревожности, самооценочной, межличностной и общей, стремление школьников к защите взрослых и родителей, выраженность тревожности и интровертированность, замкнутость.

По результатам констатирующего эксперимента были подобраны и проведены коррекционные занятия. При проведении коррекционно-развивающих занятий была замечена динамика проявления положительных и отрицательных эмоционально-волевых и личностных проявлений в поведении испытуемых.

Результаты повторной диагностики показали динамику изменения уровня самооценки в экспериментальной группе испытуемых, всех видов тревожности (преобладание среднего уровня), снижение замкнутости, тревожности, стремление к защите взрослых.

Достоверное изменение в эмоционально-волевой и личностной сферах, в сторону стабилизации, наблюдается по параметрам: школьная, самооценочная, межличностная тревожности, в уровне самооценки и уровне интровертированности на 1% уровне достоверности.

В воспитании и обучении ребёнка с ранним детским аутизмом главной особенностью должна стать специальная организация всей его жизни. Это потребует координации, согласованности профессиональной деятельности всех специалистов, участвующих в воспитании ребенка и неминувшего участия семьи или тех, кто ее заменяет. В связи с этим повышается значимость, необходимость психолого-педагогического сопровождения, определения его места, роли, функции в школе.

Основными направлениями психолого-педагогического сопровождения детей с ранним детским аутизмом в школе будут:

- выбор адекватного возможностям и способностям ребёнка с ранним детским аутизмом варианта образовательного маршрута;
- психологическая помощь семье, ее поддержка в организации общего режима, эмоционального климата жизни;
- взаимодействие с учителем по специальной организации обучения в классе;
- непосредственные занятия с ребенком, направленные на создание условий перехода к активным контактам с людьми, формирование осмысленной картины мира.

Только такой подход позволит максимально задействовать все ресурсы ребенка и его ближайшее окружение в решении задач развития и обучения, включить ребенка с ранним детским аутизмом в общество, обеспечить его социальную адаптацию.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алявина Е.А., Морозова Т.И., Морозов С.А. Аутизм: практические рекомендации для родителей. М., 2012. 149 с.
2. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме // Дефектология. 2015. № 2. С. 46–56.
3. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (младший школьный возраст). М., 2015. 202 с.
4. Барбера М.Л. Детский аутизм и вербально-поведенческий подход / М.Л. Барбера; пер. Д. Сергеев. М.: Рама Пабблишинг, 2014. 304 с.
5. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 2014. 149 с.
6. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. Донецк, 2015. 110 с.
7. Бычкова Е. Дети дождя: все об аутизме // Няня. 2014. № 12. С. 40–43.
8. Вейс Т.Е. Ранний детский аутизм // Как помочь ребенку: опыт лечебной педагогики в Кэмпхилл общинах. М.: Московский Центр вальдорфской педагогики, 2014. 202 с.
9. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. СПб.: ИСПиП, 2014. 133 с.
10. Гринспен С. На ты с аутизмом. М.: Теревинф, 2014. 610 с.
11. Евстеева В.И., Филиппова Н.В. Особенности развития познавательной сферы у детей дошкольного и младшего школьного возраста, страдающих ранним детским аутизмом // Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2014. Том 4. № 5. С. 642–643.
12. Йоханссон И. Особое детство. М.: Центр лечебной педагогики, 2014. 202 с.
13. Карвасарская И.Б. Психологическая помощь аутичной семье // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, спец. психологии: Материалы III съезда РПА и науч.-практ. конф. Курск, 20–23 октября 2013 г. Курск: Изд-во Курск. гос. ун-та, 2013. 271 с.

14. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. М., 2013. 207 с.
15. Ковалев В.В. Синдром раннего детского аутизма / Детская патопсихология. Хрестоматия. М.: Когито-Центр, 2014. 271 с.
16. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 2015. 79 с.
17. Костин И.А. Поведенческий подход к коррекции детского аутизма: основные понятия // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2009. № 1. С. 54–60.
18. Кревелен В. К проблеме аутизма. Хрестоматия. СПб, 2014. 92 с.
19. Лебединский В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / Психология аномального развития ребенка, ред. Лебединский В.В., Бардышевская М.К. М.: ЧеРо. 2013. 140 с.
20. Левченко И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии : метод. пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. М.: Просвещение, 2015. 239 с.
21. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. СПб. : Речь, 2015. 288 с.
22. Манелис Н.Г., Медведовская Т.А. Факторы, влияющие на понимание детьми ментальных состояний // Аутизм и нарушения развития. 2013. № 2. С. 70–73.
23. Марценковский И.А. Расстройства из спектра аутизма: факторы риска и профилактика // Нейронews. 2016. № 3 (38). С. 10–14.
24. Минаева А. Обучение школьников с тяжелой формой аутизма // Здоровье детей. 2015. № 7. С. 38–39.
25. Мнухин С.С. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей / С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев // Психология аномального развития ребенка: хрестоматия: в 2 т. / под ред. В.В. Лебединского, М. К. Бардышевской. М.: ЧеРо: Высш. шк.: Изд-во МГУ, 2016. Т. 2. С. 466–474.

26. Морозов С.А. Детский аутизм и основы его коррекции (материалы к спецкурсу). М.: Сигналь, 2012. 157 с.
27. Никольская О.С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. Изд. 7-е. М.: Теревинф, 2015. 288 с.
28. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М.: Центр лечебной педагогики, 2016. 145 с.
29. Овчарова Р.В. Взаимодействие семьи и школы в предупреждении и преодолении педагогической запущенности детей. М., 2014. 202 с.
30. Овчарова Р.В. Справочная книга школьного психолога. М., 2015. 214 с.
31. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. М.: Книга по Требованию, 2015. 240 с.
32. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение: Пер. с нем. М.: Медицина, 2003. 289 с.
33. Рычкова Н.А. Дезадаптивное поведение детей. Диагностика, коррекция, психопрофилактика. М.: Гном и Д, 2015. 273 с.
34. Сафин В.Ф. Психологические отклонения в развитии детей и методы их психокоррекции. Уфа, 2014. 119 с.
35. Соколова Н. Секрет «Человека дождя» // Семейная психология. 2012. № 22. С. 80–83.
36. Сулейманов Ю. Особенности младших школьников с аутизмом. М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. 136 с.
37. Ткачева В.В. Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы (ранним детским аутизмом) // Психолого-педагогическая диагностика / Под ред. С.Д. Забрамной, И.Ю. Левченко. М.: Академия. 2013. 250 с.
38. Ульянова Н.А. Эффективный подход к обучению детей с ранним детским аутизмом // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова Социальная работа. 2009. 157 с.

39. Христофоров В. Люди дождя // Медицинская газета. 2013. № 95. 2 с.
40. Цветков А.В. Нейропсихология аутизма и депрессии. М.: Спорт и Культура, 2015. 532 с.
41. Шипицина Л.М. Детский аутизм. М.: Дидактика Плюс, 2014. 116 с.
42. Шоплер Э., Ланзид М., Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей: Минск: Изд-во БЕЛАПДИ, 2014. 202 с.
43. Baron-Cohen S. Autism: a specific cognitive disorder of «mindblindness» // International Review of Psychiatry, 1990. № 2. 79–88 p.
44. Frith U. A new look at language and communication in autism. British Journal of Disorders of Communication. 1989. 11 p.
45. Hobson R.P. Autism and the development of mind. Erlbaum, Hove, Sussex. 2005. 245 p.
46. Kanner L., Autistic disturbance of affective contact., Nervouse Child. 1943. № 2. 217–250 p.
47. Leslie A. M., Frith U., Autistic Children, Understanding of seeng, nowing and believing // British J. Development Psyhology . № 4. 1988. 315–324 p.
48. Richer J. The partial noncommunication of culture to autistic children – An application of human etology. In M.Rutter,E.Schopler (Eds) Autism: A reappraisal of Concepts and Treatment. NY-L.,Plenum Press, 1978. 117 p.
49. Sigman M, Mundy P , Yirmiya N . Journal of autism and developmental disorders. 1990. №1. 87 p.
50. Tinbergen E. and Tinbergen N. Autistic Children: New Hope For a Cure. London, 1983. 362 p.