

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинский государственный университет
имени Коста Левановича Хетагурова»

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Современные научные исследования аутистических расстройств»

Направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль)

программа: «Обучение и реабилитация детей с расстройствами аутистического спектра»

Составитель: профессор кафедры педагогического образования Л.Б. Гацалова

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Методические рекомендации по дисциплине

| Вид работ | Методические рекомендации |
|------------------------|---|
| лекции | В ходе лекционных занятий вести конспектирование учебного материала. Обращать внимание на категории, формулировки, раскрывающие суть тех или иных явлений и процессов, научные выводы и практические рекомендации, положительный опыт в ораторском искусстве. Желательно оставить в рабочих конспектах поля для пометок. |
| практические занятия | Работа на практических занятиях предполагает активное участие в дискуссиях. Важной формой самостоятельной работы обучающегося является систематическая и планомерная подготовка к практическому занятию. После лекции следует познакомиться с планом практических занятий и списком обязательной и дополнительной литературы, которую необходимо прочитать, изучить и законспектировать. Разъяснение по вопросам новой темы даются преподавателем в конце предыдущего практического занятия. |
| самостоятельная работа | САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА требует, прежде всего, чтения рекомендуемых источников и монографических работ, их реферирования, подготовки докладов и сообщений. Важным этапом в самостоятельной работе является повторение материала по конспекту лекции. Одна из главных составляющих внеаудиторной подготовки - работа с книгой. Она предполагает: внимательное прочтение, критическое осмысление содержания, обоснование собственной позиции по дискуссионным моментам, постановки интересующих вопросов, которые могут стать предметом обсуждения на семинаре. При работе с терминами необходимо обращаться к словарям, в том числе доступным в Интернете, например, на сайте http://dic.academic.ru . |
| Сообщение | <p>Подготовка и выступление с сообщением является важной частью самостоятельной работы студента. Каждый студент должен выступить с сообщением два раза за период изучения дисциплины. Темы сообщений распределяются преподавателем, ведущим практические занятия, в начале семестра с учетом профиля специальности и интересов студентов. Преподаватель и студенты могут предложить собственные темы.</p> <p>Оптимальная продолжительность устного выступления – 7-8 минут, оптимальный объем текста сообщения – 8-10 страниц. В этом случае не весь текст должен быть зачитан, необходимо выделить наиболее важные, узловые проблемы и сосредоточить на них внимание.</p> <p>Поскольку тематика сообщений различна, трудно выработать единые рекомендации по их написанию. Обратите, однако, внимание, на следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подготовка сообщения должна вестись преимущественно на основе научной, а не учебной литературы; при подборе литературы пользуйтесь списком литературы к программе курса «Этнология Юга России», а также каталогами университетской и краевой научной библиотек; • старайтесь привнести поисковый элемент в подготовку сообщения; привлекайте дополнительную, не указанную в учебных материалах кафедры литературу, формулируйте и аргументируйте собственную позицию, приводите новые факты. Только проблемное сообщение может получить высшую оценку. <p><i>Требования к оформлению сообщения</i></p> <p>Сообщение должно быть оформлено с использованием компьютера и принтера на одной стороне бумаги формата А4 через полтора интервала. Цвет шрифта должен быть черным, высота букв, цифр и других знаков не менее 1.8 (шрифт Times New Roman, 14 пт.). Текст следует печатать,</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>соблюдая следующие размеры полей: верхнее и нижнее — 20 мм, левое — 30 мм, правое — 10 мм. Абзацный отступ должен быть одинаковым по всему тексту и составлять 1,27 см. Выравнивание текста по ширине. Разрешается использовать компьютерные возможности акцентирования внимания на определенных терминах, формулах, применяя выделение жирным шрифтом, курсив, подчеркивание. Перенос слов недопустим. Точку в конце заголовка не ставят. Если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой. Подчеркивание заголовка не допускается. Расстояние между заголовками раздела, подраздела и последующим текстом так же, как и расстояние между заголовками и предыдущим текстом, должно быть равно 15мм (2 пробела).</p> <p>Название каждой главы и параграфа в тексте работы можно писать более крупным шрифтом, жирным шрифтом, чем весь остальной текст. Каждая глава начинается с новой страницы, параграфы (подразделы) располагаются друг за другом.</p> <p>В тексте сообщения рекомендуется чаще применять красную строку, выделяя законченную мысль в самостоятельный абзац. Перечисления, встречающиеся в тексте сообщения, должны быть оформлены в виде маркированного или нумерованного списка.</p> <p>Все страницы обязательно должны быть пронумерованы. Нумерация листов должна быть сквозной. Номер листа проставляется арабскими цифрами. Нумерация листов начинается с третьего листа (после содержания) и заканчивается последним. На третьем листе ставится номер «3». Номер страницы на титульном листе не проставляется. Номера страниц проставляются в центре нижней части листа без точки. Список использованной литературы и приложения включаются в общую нумерацию листов.</p> <p>Рисунки и таблицы, расположенные на отдельных листах, включают в общую нумерацию листов и помещают по возможности следом за листами, на которых приведены ссылки на эти таблицы или иллюстрации. Таблицы и иллюстрации нумеруются последовательно арабскими цифрами сквозной нумерацией. Допускается нумеровать рисунки и таблицы в пределах раздела. В этом случае номер таблицы (рисунка) состоит из номера раздела и порядкового номера таблицы, разделенных точкой.</p> |
| Оформление литературы (к сообщению, докладу, реферату, курсовой работе, ВКР и др. | <p>Каждый источник должен содержать следующие обязательные реквизиты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - фамилия и инициалы автора; - наименование; - издательство; - место издания; - год издания; - страницы. |
| Оформление приложения (к сообщению, докладу, реферату, курсовой работе, ВКР и др. | <p>В конце работы размещаются приложения. В тексте на все приложения должны быть даны ссылки. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием наверху посередине страницы слова «Приложение» и его номера. Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой.</p> |
| доклад | <p>Доклад - краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определённой научной (учебно-исследовательской) темы, в рамках которой автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на неё. Тема доклада (его объем -от 10 до 15 машинописных страниц без учета приложений) соответствует одному из вопросов, номер которого совпадает с последней цифрой номера студента в списке группы. На основе реферативного обзора готовится выступление по рассматриваемой проблеме на 5-7 минут.</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>Структура доклада включает в себя: титульный лист, содержание, введение, разделы основной части, заключение, список использованных источников и возможно приложения.</p> <p>Текст доклада необходимо набирать на компьютере на одной стороне листа. Размер левого поля 20 мм, правого -10мм, верхнего -20мм нижнего -20мм. Шрифт Times New Roman, размер -14, межстрочный интервал -1,5. Фразы, начинающиеся на с новой строки, печатаются с абзацным отступом от начала строки. Доклад, выполненный небрежно, неразборчиво, без соблюдения требований по оформлению, возвращается студенту без проверки с указанием причин возврата на титульном листе.</p> |
| реферат | <p>Реферат – продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения. В РПД приводится перечень тем, среди которых аспирант может выбрать тему реферата. С защитой своего реферата аспирант выступает на семинарском занятии (время выступления – 10 мин.). При оценке реферата (собственно текста и процедуры защиты) критериями выступают:</p> <ul style="list-style-type: none"> – информационная достаточность; – соответствие материала теме и плану; – стиль и язык изложения (целесообразное использование терминологии, пояснение новых понятий, лаконичность, логичность, правильность применения и оформления цитат и др.); – наличие выраженной собственной позиции; – адекватность и количество использованных источников (7– 10); – владение материалом. |
| конспект | <p>Конспект позволяет формировать и оценивать умения аспирантов по переработке информации. При оценке конспекта критериями выступают:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оптимальный объем текста (не более одной трети оригинала); – логическое построение и связность текста; – полнота/ глубина изложения материала (наличие ключевых положений, мыслей); – визуализация информации как результат её обработки (таблицы, схемы, рисунки); – оформление (аккуратность, соблюдение структуры оригинала). |
| презентация | <ol style="list-style-type: none"> 1) Не перегружать слайды текстом. 2) Наиболее важный материал лучше выделить. 3) Не следует использовать много мультимедийных эффектов анимации. Особенно нежелательны такие эффекты, как вылет, вращение, побуквенное появление текста. Оптимальная настройка эффектов анимации – появление, в первую очередь, заголовка слайда, а затем текста по абзацам. При этом если несколько слайдов имеют одинаковое название, то заголовок слайда должен постоянно оставаться на экране. 4) Чтобы обеспечить хорошую читаемость презентации необходимо подобрать темный цвет фона и светлый цвет шрифта. 5) Текст презентации должен быть написан без орфографических и пунктуационных ошибок. |
| Аналитический обзор литературы | <p>документ, который содержит информацию, полученную на основе анализа, систематизации и обобщения источников по определенной теме, позволяющий оценить способность аспиранта систематизировать, обобщать, анализировать источники по теме и применять их при решении конкретных исследовательских задач.</p> <p>Во введении к аналитическому обзору должно быть подчеркнуто значение и приведена краткая история вопроса, указана его взаимосвязь со смежными областями, определено назначение обзора.</p> <p>Текст аналитического обзора, который представляет собой</p> |

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>последовательное, логически связанное изложение идей и фактов, должен быть не механическим пересказом источников, а творческим синтезом, обобщением содержащихся в них важнейших сведений. При необходимости обзор иллюстрируется фотографиями, графиками, диаграммами и т.п.</p> <p>В заключении должен быть подведен сравнительный итог главных положений и сведений, дана критическая оценка. Обзор заканчивается списком использованных источников, расположенных в той последовательности, в которой они упоминались в тексте.</p> |
| Аннотированный список литературы | <p>документ, содержащий краткое содержание рукописи, монографии, статьи или книги по определенной теме, позволяющий оценить способность систематизировать и обобщать источники, применять их при решении конкретных исследовательских задач</p> |
| Составление аннотации на статью | <p>Фамилия автора И.О. Название статьи // Название сборника. Город: Издательство, год. С. ...-... (вариант: Фамилия автора И.О. Название статьи // Название журнала. Год. № ... С....-...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Статья посвящена (предмет исследования или основной исследовательский вопрос). 2. Фраза по существу предмета исследования. 3. На основе таких-то подходов ИЛИ анализируя такие-то данные (или и то и другое), автор показывает(конкретно, что получилось у автора в результате размышлений и исследований). 4. Фраза по существу находок, выводов, открытий. 5. Автор полагает, что ... (о финальных выводах или рекомендациях, содержащиеся в статье). <p>Аннотация на каждую статью должна иметь лаконичную, конкретную языковую форму, при этом содержать емкую характеристику научной статьи, без второстепенной и посторонней информации. Не рекомендуется приводить цитаты из статьи.</p> <p>В аннотации должна использоваться общепринятая лексика и терминология, простые языковые конструкции. Малопонятные слова должны быть разъяснены в аннотации.</p> <p>В тексте аннотации допускаются только общепринятые сокращения слов</p> <p>Объем издательской аннотации, как правило, не превышает 500-600 печатных знаков, или абзац, содержащий 10-12 строк.</p> |
| Творческий проект | <p>Форма контроля, нацеленная на проверку информационно-коммуникативных компетенций студента.</p> <p>Творческий проект – это самостоятельная исследовательская работа, в которой автор раскрывает суть исследуемой проблемы; приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее. Содержание творческого проекта должно быть логичным; изложение материала должно носить проблемно-тематический характер; в тексте должна прослеживаться самостоятельная авторская позиция.</p> <p>Творческий проект стимулирует раскрытие исследовательского потенциала студента, способность к творческому поиску, сотрудничеству, самораскрытию и проявлению возможностей.</p> <p>Автор творческого проекта должен продемонстрировать уровень достигнутой мировоззренческой, общекультурной компетенции, т.е. продемонстрировать знания о реальном мире, о существующих в нем связях и зависимостях, проблемах, о ведущих мировоззренческих теориях, умении проявлять оценочные знания, изучать теоретические работы, использовать различные методы исследования, применять различные приемы творческой деятельности.</p> <p>Структура проекта. Творческий проект должен состоять из следующих частей: введение, первая часть (реферативная), вторая часть</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>(исследовательская), заключение.</p> <p>Введение – это постановка проблемы, обоснование актуальности темы, определение цели и задач исследования.</p> <p>Первая часть – это степень разработанности проблемы в социогуманитарном знании и вывод, что осталось за рамками этих исследований.</p> <p>Вторая часть – собственное исследование, обоснование своей точки зрения на анализируемую проблему.</p> <p>Заключение – выводы, к которым пришел студент в результате изучения состояния вопроса и собственного исследования.</p> <p>В конце проекта обязательно должен быть представлен список использованной литературы (не менее пяти источников).</p> <p>Объем работы – 1 печатный лист (24 страницы машинописного текста). Время отведенное на защиту проекта 10 минут, время на обсуждение проекта – 5 минут. Выступление и защита проекта должна сопровождаться презентацией.</p> <p>При оценке творческого проекта учитывается объем проделанной работы, компетентность студента в избранной области, самостоятельность в подходах, суждениях, выводах; творческий подход к решению проблемы, культура оформления работы, грамотность.</p> <p>Целью выполнения творческого проекта выступает формирование навыков критического анализа текстов как классиков этнологии, так и современных ученых-мыслителей, выражение своего отношения к изложенным в них точкам зрения на основные проблемы, умение применять полученные знания для постановки и решения исследовательских задач, связанных с изучением студентами той или иной области знания.</p> <p>Процедура проведения этой формы учебной деятельности включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> - знакомство обучающегося с темами проектов - подбор и анализ литературы по теме проекта - создание мультимедийной презентации проекта - подготовка к выступлению с докладом по теме проекта на занятии - выступление с докладом по теме проекта - оценка содержания выступления студентами и преподавателем. <p>Темы проектов повышенного уровня дают возможность обучающимся самостоятельно провести расширенный анализ проблемы с использованием научной и иной литературы по теме, сделать выводы, обобщающие как научные взгляды, так и авторскую позицию по проблеме. Базовый уровень нацелен на изложение имеющихся научных исследований по теме доклада.</p> <p>Для подготовки к данному оценочному мероприятию необходимо проанализировать предложенную тему проекта, подобрать литературу, продумать содержание, оформить проект.</p> <p>При проверке задания, оцениваются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - соответствие содержания теме проекта - соответствие требованиям к структуре доклада и объему - самостоятельность выполнения - обоснованность, четкость, лаконичность ответа по теме проекта - уровень освоения темы и изложения материала -правильность (уместность и достаточность) используемой информации - научность и самостоятельность устного и письменного изложения проекта. |
| Тематическая презентация к проекту | <p>При подготовке тематической презентации следует помнить, что существуют требования к созданию и предъявлению слайдов. Слайды в презентации должны быть простыми и не содержать более чем семь строчек текста в каждом. Перегрузка текстом приводит к тому, что слайды</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>становятся трудночитаемыми, особенно для тех, кто сидит далеко: это вызывает у людей разочарование и антипатию к лектору или его выступлению.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Требования к тексту <ul style="list-style-type: none"> • не пишите длинно; • разбивайте текстовую информацию на слайды; • используйте заголовки и подзаголовки; • для повышения удобочитаемости используйте: форматирование, списки, подбор шрифтов. 2. Требования к фону Рекомендуется использовать: <ul style="list-style-type: none"> • синий на белом, • черный на желтом, • зеленый на белом, • черный на белом, • белый на синем, • зеленый на красном, • красный на желтом, • красный на белом, • оранжевый на черном, • черный на красном, • оранжевый на белом, • красный на зеленом. 3. Требования к иллюстрациям <ul style="list-style-type: none"> • Чем абстрактнее материал, тем действеннее иллюстрация. • Что можно изобразить, лучше не описывать словами. • Изображать то, что трудно или невозможно описать словами. • Используйте анимацию, как одно из эффективных средств привлечения внимания пользователя и управления им. • Используйте видеоинформацию, позволяющую в динамике демонстрировать информацию в режиме реального времени, что недоступно при традиционном обучении. • Помните, что видеоинформация требует больших затрат вычислительных ресурсов и значительных затрат на доставку и воспроизведение изображения. 4. Требования к звуку <ul style="list-style-type: none"> • Избыток звука недопустим, т.к. может раздражать обучаемого. • Наилучший результат достигается при использовании коротких озвученных текстов, усиливающих ключевые моменты курса. • Одновременное наличие речевого сопровождения и читаемого текста на экране, как правило, воспринимается негативно. Большинство обучаемых читают текст гораздо быстрее, чем говорит диктор, что быстро начинает раздражать. • Наличие длинных текстов, которые читаются диктором не дословно, с различными вариациями, очень сильно отвлекает обучаемого от собственно темы обучения на поиск несоответствий, что крайне вредно для процесса обучения. • Использование текстов, произносимых от первого или второго лица, в значительной степени способствует вовлечению обучаемого в процесс. • Если есть возможность использовать в курсе виртуальных персонажей (агентов), способных «общаться» с обучаемым от первого лица, то эффективность восприятия темы значительно возрастает. <p>Критерии оценки презентации</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Содержательный критерий: правильный выбор темы, знание предмета и свободное владение текстом, импровизация, речевой этикет. 2. Логический критерий: |
|--|---|

| | |
|--------------------|--|
| | <p>стройное логико-композиционное построение речи, доказательность, аргументированность.</p> <p>3. Речевой критерий:</p> <p>использование языковых (метафоры, фразеологизмы, пословицы, поговорки и т.д.) и неязыковых (поза, манеры и пр.) средств выразительности; фонетическая организация речи,</p> <p>правильность ударения, четкая дикция, логические ударения и пр.</p> <p>4. Психологический критерий:</p> <p>взаимодействие с аудиторией (прямая и обратная связь), знание и учет законов восприятия речи, использование различных приемов привлечения и активизации внимания.</p> <p>5. Критерий соблюдения дизайн-эргономических требований к компьютерной презентации:</p> <p>соблюдены требования к первому и последним слайдам, прослеживается обоснованная последовательность слайдов и информация на слайдах, необходимое и достаточное количество фото-и видеоматериалов, учет особенностей восприятия графической (иллюстративной) информации, корректное сочетание фона и графики, дизайн презентации не противоречит ее содержанию, грамотное соотношение устного выступления и компьютерного сопровождения, общее впечатление от мультимедийной презентации.</p> |
| Собеседование | <p>Собеседование – средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной и рассчитанное на выяснение объема знаний аспиранта по определенному вопросу (из перечня вопросов к зачету. При оценивании результатов собеседования критериями оценки результатов выступают:</p> <ul style="list-style-type: none"> – усвоения знаний (глубина, прочность, систематичность знаний); – умений применять знания (адекватность применяемых знаний в конкретной ситуации); – рациональность используемых подходов, умение логически выстроить ответ; – сформированность профессионально значимых личностных качеств; – коммуникативные навыки (умение поддерживать и активизировать беседу). |
| контрольная работа | <p>Контрольная работа -письменная работа, выполняемая по дисциплине, в рамках которой раскрываются конкретные темы с целью оценки качества усвоения студентами отдельных, наиболее важных разделов, тем и проблем изучаемой дисциплины. Оценить умение обучающегося письменно излагать материал по конкретной теме, аргументировано и структурировано излагать суть поставленной проблемы, анализировать представленные позиции, делать выводы и уметь представить собственную позицию по поставленной проблеме.</p> <p>Студенты заочной формы обучения в соответствии с учебным планом и программой выполняют по курсу дисциплины одну контрольную работу. Контрольная работа включает один теоретический вопрос. Вариант задания на контрольную работу определяется преподавателем.</p> <p>Выполняя контрольную работу, необходимо показать умение правильно, коротко и четко излагать усвоенный материал. В процессе подготовки к выполнению контрольной работы следует изучить рекомендованную литературу, а также новые публикации в области дисциплины в периодической печати. При написании ответов на вопросы желательно приводить цитаты, которые должны иметь ссылки на информационный источник (фамилия, инициалы автора, название цитируемого источника, том, часть, выпуск, издательство, год, страница). При выполнении контрольной работы следует творчески подходить к имеющейся информации, уметь выразить свое мнение по исследуемому вопросу.</p> |

| | |
|-----------------|---|
| | Контрольная работа должна быть аккуратно оформлена (формат А4, машинописный текст, размер левого поля 20 мм, правого -10мм, верхнего - 20мм, нижнего 20мм, отступ красной строки 1,5, межстрочный интервал 1,5 шрифт 14, Times New Roman) иметь нумерацию страниц и список использованных источников, в котором указываются все использованные студентом литературные источники, расположенные в алфавитном порядке и пронумерованные. |
| эссе | <p>Эссе студента -это самостоятельная письменная работа на тему, предложенную преподавателем (тема может быть предложена и студентом, но обязательно должна быть согласована с преподавателем). Цель эссе состоит в развитии навыков самостоятельного творческого мышления и письменного изложения собственных мыслей. Эссе позволяет автору научиться четко и грамотно формулировать мысли, структурировать информацию, использовать основные категории анализа, выделять причинно-следственные связи, иллюстрировать понятия соответствующими примерами, аргументировать свои выводы; овладеть научным стилем речи. Эссе должно содержать: четкое изложение сути поставленной проблемы, включать самостоятельно проведенный анализ этой проблемы с использованием концепций и аналитического инструментария, рассматриваемого в рамках дисциплины, выводы, обобщающие авторскую позицию по поставленной проблеме. В зависимости от специфики дисциплины формы эссе могут значительно дифференцироваться. В некоторых случаях это может быть анализ имеющихся статистических данных по изучаемой проблеме, анализ материалов из средств массовой информации и использованием изучаемых моделей, подробный разбор предложенной задачи с развернутыми мнениями, подбор и детальный анализ примеров, иллюстрирующих проблему и т.д.</p> <p>Структура эссе:</p> <ul style="list-style-type: none"> -введение (суть и обоснование выбора выбранной темы, краткие определения ключевых терминов); -основная часть (аргументированное раскрытие темы на основе собранного материала); -заключение (обобщения и выводы). <p>Эссе оцениваются по нескольким направлениям: содержание, стиль, способность изложить свои мысли.</p> <p>Основные требования к написанию эссе.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Обозначение круга понятий и теорий, необходимых для ответа на вопрос. – Понимание и правильное использование терминов и понятий. – Использование основных категорий анализа. – Выделение причинно-следственных связей. – Применение аппарата сравнительных характеристик. – Аргументация основных положений эссе. – Наличие промежуточных и конечных выводов. – Личная субъективная оценка по данной проблеме. |
| экзамен / зачет | При подготовке к экзамену/зачету необходимо опираться, прежде всего, на лекции, а также на источники, которые разбирались на семинарах в течение семестра. В каждом билете содержится два вопроса. Ответ предполагает полное и последовательное изложение изученного материала, а также демонстрацию способности и готовности применить полученные теоретические знания к предлагаемым практическим заданиям. |

Практическое занятие № 1

Тема. Биологические теории аутистических расстройств

Цель: сформировать у студентов представления о различных подходах к объяснению причин расстройств аутистического спектра с точки зрения биологической обусловленности.

Формируемые компетенции или их части: способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-1), способен проектировать и провести научное исследование проблемы в профессиональной области с использованием современных методов исследования, подготовить и представить квалификационную работу (ПК-1), способен планировать и проводить психо-лого-педагогическую диагностику с целью выявления особенностей и динамики развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, проектирования процесса психо-лого-педагогического сопровождения (ПК-3).

Актуальность темы: формирование представлений об многообразии подходов к изучению расстройств аутистического спектра для правильного понимания и выбора стратегии работы с детьми.

Теоретическая часть

Многие дети-аутисты не могут переваривать глютен и / или казеин. Глютен – это несколько белков, содержащихся в пшенице и в многих других продуктах. Казеин – белок молока. Алан Фридман и группа исследователей считают, что фермент, необходимый для переваривания этих белков (DPP -IV) у аутистов отсутствует, возможно по генетическим причинам, или инактивирован, вероятно вследствие действия аутоиммунных механизмов.

Дети с поврежденной иммунной системой и воспалениями в кишечнике особенно подвержены разрастанию патогенных грибов, в том числе дрожжей вида кандида. Посевы кала и другие анализы часто выявляют разрастание дрожжей *Candida albicans* . Некоторые исследователи считают, что кандида и другие патогенные грибки могут быть причиной многих ненормальных поведений и проблем в области здоровья, которые часто наблюдаются у аутистов.

Проблемы, вызываемые грибами *Candida albicans*, включают поносы, боль в животе, газ и связанные с этим боли, запоры, головные боли, усталость и депрессию. Среди поведенческих проблем – трудности с концентрацией внимания, гиперактивность, неустойчивость внимания, раздражительность, агрессия.

Металлотионеин (MT) – это белок, который выполняет несколько функций в организме. Он участвует в:

- регуляции уровней цинка и меди в крови
- детоксификации ртути и других токсичных металлов
- развитии и функционировании иммунной системы и нейронов мозга
- синтезе ферментов, которые разлагают казеин и глютен
- ответе на воспаления в кишечнике.

MT также присутствует в гиппокампе, отделе мозга, который модулирует контроль за поведением, эмоциональную память и социализацию. MT настолько важен, что д-р Уолш считает, что дисрегуляция MT может быть основной причиной аутизма. Он предполагает, что аутизм происходит вследствие сочетания генетического дефекта, нарушающего функцию MT, и неблагоприятного воздействия среды в ранний период жизни, что приводит к прекращению функционирования MT.

В последние годы исследования и данные клинических анализов показывают, что дети с заболеваниями аутистического спектра имеют ненормальное соотношение уровней цинка и меди в крови. Поскольку MT играет важную роль в регуляции баланса

меди и цинка у здоровых людей, тот факт, что 99% пациентов, исследованных в Пфайффер-цен-тре, обнаруживают дисбаланс меди и цинка, подтверждает, что дисфункция МТ является важной частью патологии при аутизме. Результаты Уолша и данные клинических анали-зов имеют важные последствия для лечения пациентов с аутизмом.

Нарушения структуры (или изменения скорости синтеза) компонентов нейромедиа-торных систем (рецепторов и переносчиков), в частности, глутаматной, а также холи-нергической, серотонинергической, дофаминергической, ГАМКергической, а также мета-болизма нейромедиаторов играют центральную роль в развитии «эндогенного» аутизма типа синдрома Каннера. У больных детей концентрации глутамат и аспартата оказались достоверно повышенными, а глутамина и аспарагина – пониженными, а у половины детей наблюдалось отклонение от нормы концентрации таурина. Высказано предположение о том, что отклонение от нормы уровней глутамата может быть вызвано присутствием по-вышенных количеств этой аминокислоты в пище, а может носить и эндогенный характер (быть результатом нарушений метаболизма глутамата, блокировки рецепторов или изме-нений функции переносчиков). Повышение концентрации таурина, скорее всего, носит компенсаторный характер.

Позднее эти данные были подтверждены в другом исследовании, где определяли концентрации свободных аминокислот в плазме крови больных аутизмом или синдромом Аспергера, их родителей и родных братьев и сестер, а результаты сравнивали с данными, полученными при изучении здоровых людей того же возраста (Aldred et al 2003). У боль-ных детским аутизмом и синдромом Аспергера и их родных уровни глутамата, фенилала-нина, аспарагина, тирозина, аланина и лизина оказались достоверно повышенными, а глу-тамина – пониженными по сравнению с контрольной группой.

Глутамат играет важную роль в развитии нервной системы, критическую – для выживания нейронов, роста, дифференцировки, развития циклов и citoархитектуры. По-вышенные концентрации глутамата оказывают токсическое действие, называемое *excitotoxicity*, и влияют на процесс миелинизации нервных волокон. Даже небольшие изменения параметров, оказывающих влияние на развитие нервной системы (концентра-ции глутамата), могут вызывать критические изменения в функционировании раз-вивающегося мозга. Нарушения, являющиеся следствием этих изменений, могут варьиро-вать от незначительных проблем в поведении и обучении до аутизма, расстройства (дефи-цита) внимания и неконтрольной агрессии. Оказывая воздействие на гипоталамус и его связи с лимбической системой, нейротоксины, в том числе повышенная концентрация глутамата, могут существенно влиять на поведение.

Большое количество исследований было посвящено определению аномалий ней-ротрансмиттеров. Многие авторы отмечают высокий уровень серотонина в крови 1/3 -1/4 аутичных детей (Cook et al, 1994). Однако, пока не ясно, означает ли высокий уровень се-ротонина в крови такой же высокий уровень серотонина в мозге. При исследовании уровня триптофана (основного компонента серотонина) и нейроаминокислот, которые использу-ют тот же самый трансмиссер, что и триптофан, в сыворотке крови аутистов обнаружили низкий показатель триптофана по сравнению с нейроаминокислотами, что предполагает уменьшение синтеза серотонина в мозге (D'Eufemia et al., 1995).

Исследования других нейротрансмиттеров не обнаружили каких-либо последо-вательных аномалий у аутичных людей.

Другие нейрoхимические теории ориентированы на функцию дофаминергической, серотонинергической и опиатной систем мозга. Результаты целого ряда биологических ис-следований дали основание предполагать, что функция этих систем при раннем детском аутизме повышена. Считают, что с гиперфункцией этих систем могут быть связаны многие клинические проявления (аутизм, стереотипии и др.) заболевания. О правомерно-сти таких предположений свидетельствует успешное применение во многих случаях галоперидола, антидепрессантов и налтрексона.

Про генетическую обусловленность аутизма известно давно, но при этом учёные до сих пор не могут найти гены, мутации в которых непосредственно приводят к аутизму. Кроме того, заболевания аутистического спектра необычайно вариабельны по симптоматике, и, по-видимому, каждый конкретный случай обусловлен целым клубком генетических, экологических и социальных факторов. С другой стороны, оптимизма учёным добавляет тот факт, что 80–90% случаев аутизма происходят от генетических неполадок. Зная заранее, что с генами что-то не так, можно вообще предотвратить заболевание, поместив ребёнка в такое окружение, где мутации не смогут в полной мере проявить себя.

Но и на генетическом уровне есть свои сложности. Как и многие другие генетические заболевания, аутизм начинается не с одной и не с двух, а с целого множества мутаций. Те, кто занимается этим расстройством, говорят о его «зонтичном» характере: одни и те же симптомы могут покрывать самый разный набор мутаций. Тем не менее исследователи пытаются найти среди них главные, которые сработают подобно пусковому механизму и без которых другие мутации остаются «спящими».

Огромному коллективу учёных из нескольких американских научно-исследовательских центров, похоже, удалось найти такие пусковые гены. Исследователи исходили из того, что мутации, приводящие к аутизму, можно разделить на две группы: одни передаются из поколения в поколение, другие возникают спонтанно в результате мутационного процесса. Были проанализированы ДНК у 175 больных аутизмом детей и их здоровых родителей. Очевидно, что если у здоровых родителей родился ребёнок с предрасположенностью к аутизму, то мутированный ген, скорее всего, имеет к этому расстройству самое прямое отношение. При этом в первую очередь обращали внимание на такие мутации, которые наносили белку ощутимый ущерб.

Митохондриальные расстройства, когда-то считавшиеся редкими, сейчас стали одними из наиболее частых метаболических расстройств у детей. Классическая болезнь митохондрий обнаруживается в ряде случаев аутизма и обычно вызвана генетическими аномалиями или нарушениями дыхательного пути митохондрий. Эти заболевания часто вызывают серьезные симптомы, такие, как слабость конечностей, сердечные дефекты, атаксию. Также их часто связывают с регрессом в развитии и задержкой роста у детей с аутизмом. Однако, у значительного количества пациентов с аутизмом, исследования обнаружили свидетельства митохондриальной дисфункции (далее -МтД) без классических признаков, присущих митохондриальной болезни.

К патогенетически значимым перинатальным факторам относятся различные негативные воздействия в неонатальном, во время родов и раннем постнатальном периодах. Это -кровотечения у матери во время беременности, употребление ею избыточного количества лекарственных веществ, другие токсические и инфекционные воздействия на плод. К этой группе представлений близко примыкают иммуновирологические теории. К иммунологическим теориям относят, в частности, предположения о возможном наличии в крови матерей аутоантител (например, к некоторым серотониновым рецепторам, белкам нейрофиламент и др.), нарушающих развитие соответствующих элементов нервной ткани. Из вирусных инфекций наибольшее внимание привлекают к себе вирусы краснухи, простого герпеса, гриппа и цитомегаловирусная инфекция, которые особенно опасны на ранних стадиях развития плода.

По мере того, как биомедицинское тестирование аутистов растёт, становится ясно, что дети из спектра распадаются на несколько подгрупп. Например, многие дети имеют повышенные титры антител к различным белкам мозга. Многие также имеют в семье аутоиммунные заболевания или аллергии; многие аутисты сами имеют симптомы аутоиммунных заболеваний или аллергий.

Существует много причин, по которым у детей с аутизмом возникают желудочно-кишечные проблемы. Различные исследования выявили следующие причины –

нарушение всасывания в желудке, нарушение пищеварения, избыток кишечных патогенных бактерий (грибок, бактерии и вирусы), повышенная проницаемость кишечника. Большинство родителей на первых порах не понимают, что существует связь между аутизмом их детей и желудочно-кишечными нарушениями.

Вопросы и задания:

1. Биохимические теории аутизма (метоболические нарушения, дисрегуляция метал-лотионеина, нарушение глутаматной нейромедиаторной системы, глутаматергическая гипотеза аутизма, аномалии нейротрансмиттеров).

2. Генетические теории аутизма (наследственность, генные мутации).

3. Митохондриальная дисфункция.

4. Инвазивные влияния (вакцинации, интоксикации, вирусные инфекции, вмешательства при родах).

5. Заболевания (аутоимунные заболевания, заболевания кишечника).

Практическое занятие № 2

Тема. Клинический подход к анализу аутистических расстройств (синдромы Л. Канера, Г. Аспергера). Сочетанные расстройства при аутизме.

Цель: систематизировать знания об аутизме в контексте медицинских исследований (педиатрия, психиатрия).

Формируемые компетенции или их части: способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-1), способен проектировать и провести научное исследование проблемы в профессиональной области с использованием современных методов исследования, подготовить и представить квалификационную работу (ПК-1), способен планировать и проводить психолого-педагогическую диагностику с целью выявления особенностей и динамики развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, проектирования процесса психолого-педагогического сопровождения (ПК-3).

Актуальность темы: формирование представлений об многообразии подходов к изучению расстройств аутистического спектра для правильного понимания и выбора стратегии работы с детьми.

Теоретическая часть

Аутизм (от греч. autos—сам) представляет собой отрыв от реальности, отгороженность от окружающего мира. Впервые термин «аутизм» был использован немецким психиатром Эйгеном Блейлером в 1911 г. для обозначения симптома у взрослых больных, страдающих шизофренией, который проявляется в виде ухода человека от внешней реальности в мир собственных фантазий. Несмотря на то, что этот термин употребляется во всем мире и по сей день, следует отметить, что современное понимание аутизма существенно отличается от первоначального клинического определения, предложенного Блейлером. В зарубежной психиатрии аутизм рассматривается в поведенческом плане как уход от действительности в мир внутренних переживаний, как сознательное или бессознательное защитное приспособление против душевной боли, дающее человеку возможность избежать непосильных для него требований окружающей среды. Подход к определению аутизма в отечественной психиатрии также характеризуется некоторой неоднозначностью. Так, В. П. Осипов определял аутизм как «разобщенность больных с внешним миром».

В.А. Гиляровский рассматривал его как своеобразное нарушение сознания самого «Я» и всей личности, нарушение адекватных установок к окружающему миру. Автор подчеркивал, что больные аутизмом замкнуты и отчуждены от всего остального мира. На протяжении столетия термин «аутизм» использовался в психиатрии достаточно широко, выступая в качестве обозначения и отсутствия у человека потребности в

совместной деятельности, и замкнутого образа жизни, и болезненного погружения в свои мысли, нарушения самосознания и, кроме этого, способа психологической защиты. До сих пор не существует однозначного представления о том, что же такое «аутизм» и каковы его основные характеристики.

В 1943 году Leo Kanner дал подробное описание детского аутизма, назвав его «инфантильным аутизмом». В своей работе «Аутистические нарушения эмоционального контакта» он описал 11 клинических случаев, общие особенности которых сформулировал следующим образом: «Выявленное базисное патогномичное расстройство заключается во врожденной неспособности к установлению нормальных контактов с людьми или к ориентации в определенных ситуациях. По описанию родителей, такие дети «самодостаточны», «живут в собственной скорлупе», «особенно счастливы, когда их оставляют в покое», «ведут себя так, как будто вокруг них никого нет», «не замечают окружающих», «производят впечатление тихих мудрецов», «неспособны адекватно реагировать на социальные ситуации». При этом не наблюдается нарастающей утраты ранее имевшихся привязанностей или ранее присущей способности к контактам, как это бывает у детей или взрослых, больных шизофренией. В большей степени речь идет об «изначальной аутистической замкнутости, когда ребенок не замечает, игнорирует и исключает весь внешний мир». Hans Asperger (1944), не имея информации о работе Kanner, почти одновременно с ним описал 4 клинических случая аутистических расстройств у детей, объединенных 6 общими признаками, касающимися физических и внешних проявлений, аутистического интеллекта, паттернов поведения в обществе, изменений влечений и чувств, генетических факторов, социальной значимости и динамики. Позже данное расстройство получило название «аутистическая психопатия» или «синдром Аспергера» (F 84.5).

В последние годы общепотребительным стал термин «расстройства аутистического спектра» (РАС), к которым помимо детского аутизма (F84.0) относят атипичный аутизм (F84.1) и синдром Аспергера (F84.5). Некоторые исследователи включают в РАС и психогенные формы с аутистическим поведением.

В настоящее время исследователи продолжают работать над определением клинических характеристик раннего детского аутизма [Каган, 1981].

Каннер выделял следующие радикалы раннего детского аутизма:

- неспособность устанавливать отношения с людьми с начала жизни;
- крайняя отгороженность от внешнего мира, что проявляется в игнорировании раздражителей до тех пор, пока они не стали болезненными;
- недостаточность принятия позы готовности при взятии на руки;
- недостаточность коммуникативной речи; • блестящая механическая память;
- эхолалии;
- крайняя буквальность в использовании слов;
- извращенное использование личных местоимений;
- нарушение пищеварения на первом году жизни;
- резкий страх определенных громких звуков и движущихся объектов;
- монотонное повторение звуков и движений;
- страх изменений в обстановке;
- однообразие спонтанной активности;
- монотонные механические игры с неигровыми предметами;
- впечатление хорошего интеллекта благодаря успешности в отдельных навыках и умному выражению лица;
- серьезное выражение лица, напряженное в присутствии людей и удовлетворенное при их уходе;
- хорошее физическое развитие.

М. Руттер, один из самых известных исследователей аутизма, обобщая и анализируя клинический опыт, сформулировал следующие критерии выраженных форм РДА,

которых сегодня придерживаются многие исследователи проблем аутизма:

- глубокие нарушения в социальном развитии;
- задержка и нарушения развития речи вне связи с интеллектуальным уровнем;
- стремление к постоянству, проявляющееся в стереотипах;
- сверхпристрастие к объектам и сопротивление изменению окружающей среды;
- появление нарушений до 30 месяцев.

Здесь следует отметить, что в последнее время в последний пункт внесена поправка: период возникновения первых симптомов увеличен до 48 месяцев. В. М. Башина выделяет несколько иные клинические радикалы аутистических синдромов у детей с РДА:

- проявления отрешенности;
- неспособность к формированию общения;
- неспособность к осознанию посторонних персон и неодушевленных предметов (то есть явления так называемого протодиакриза);
- отсутствие подражания;
- отсутствие реакций на комфорт и дискомфорт;
- монотонно-однообразный характер поведения, «симптомы тождества»;
- неравномерность созревания психической, речевой, моторной, эмоциональной и других сфер жизнедеятельности.

Все исследователи свидетельствуют о том, что в поведении у детей-аутистов наблюдаются разнонаправленные аффекты, влечения, представления, отсутствует единство, внутренняя логика. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до «аффективной блокады». Наблюдается недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими. Во внешнем облике, при обычной миловидности, обращает на себя внимание взгляд, обращенный в пустоту или внутрь себя («взгляд мимо», «взгляд через собеседника, через предметы» и т. п.). Моторика детей с РДА отличается угловатостью, движения неритмичные, с тенденциями к моторной стереотипии в пальцах, кистях рук, ходьба на цыпочках, однообразный бег, прыжки с опорой не на всю ступню. Речь обычно не направлена к собеседнику. В речевом общении отсутствует экспрессия, жестикация. Речь может быть и правильной, и косноязычной, лепетной. Мелодика речи нарушена, громкость голоса постоянно меняется. Произношение звуков самое разное: может быть как правильным, так и неправильным. Наблюдаются отклонения тональности, скорости, ритма, нет интонационного переноса, постоянны эхолалии, бессвязность, неспособность к диалогу. Долго сохраняется тенденция к манерному словотворчеству. Экспрессивная речь развивается с отставанием. Часты фразы-штампы, мутизм, разрыхленность ассоциаций. Имеет место смещение мыслей; исчезновение из фраз личных глагольных и местоименных форм: фраза обычно краткая с нарушениями грамматического и синтаксического строя. У многих детей отмечают нарушения инстинктов, инверсия цикла сон — бодрствование, выраженная избирательность в еде, извращенность аппетита, изменчивость мышечного тонуса.

Таким образом, создание психологической теории аутизма затруднено ввиду наличия таких факторов, как:

- = многообразие аутистических проявлений у детей;
- = широкий диапазон интеллектуальных и речевых нарушений;
- = дискуссионность проблемы первопричины, которая определяет своеобразие психического развития детей с аутизмом.

Бесспорным является тот факт, что развитие ребенка, страдающего аутизмом, аномально уже на самых ранних этапах онтогенеза. Однако при выделении первичного дефекта при аутизме и ведущего патопсихологического синдрома исследователь неизбежно встречается с большими трудностями. Практика показывает, что определить специфические закономерности формирования психических функций при аутизме

возможно только при сравнении психического развития этих детей с развитием здоровых детей.

Вопросы и задания:

1. Характеристика синдрома Л. Каннера (1943) – ранний детский аутизм (РДА).
2. Характеристика синдрома Г. Аспергера.
3. Клинические проявления аутизма в трудах зарубежных и отечественных ученых.

Практическое занятие № 3

Тема. Диагностические критерии аутизма

Цель: закрепить представление студентов об основных подходах к диагностике и постановке диагноза при аутизме.

Формируемые компетенции или их части: способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-1), способен проектировать и провести научное исследование проблемы в профессиональной области с использованием современных методов исследования, подготовить и представить квалификационную работу (ПК-1), способен планировать и проводить психо-лого-педагогическую диагностику с целью выявления особенностей и динамики развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, проектирования процесса психо-лого-педагогического сопровождения (ПК-3).

Актуальность темы: формирование представлений об многообразии подходов к изучению расстройств аутистического спектра для правильного понимания и выбора стратегии работы с детьми.

Теоретическая часть

Все существующие основные диагностические системы (ДСМ-III-R, ДСМ-IV, и МКБ-10) сходятся в том, что для диагностики аутизма должны присутствовать 3 основные нарушения: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном репертуаре поведения. Эти 3 группы симптомов, когда они проявляются вместе, очень часто называются "триадой" (Уинг, 1989).

Должна быть выявлена триада симптомов, которые не могут рассматриваться только как отставание в основном развитии. Несмотря на это, такое отставание очень распространено. Симптомы аутизма выделены в три категории: недостаток социальных взаимодействий, нарушенная взаимная коммуникация, ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения. Все они должны наличествовать у больного для подтверждения диагноза.

Мы обратимся к некоторым деталям, относящимся к диагностическим критериям аутизма. Они могут казаться излишними, но в действительности, это -необходимый шаг в попытке -с медицинской точки зрения -определить аутизм.

Будет ли человеку поставлен или нет диагноз аутизма, зависит в значительной степени от того, какие диагностические критерии, приемлемые в настоящее время, использует врач.

В целях определения неуропсихиатрических синдромов выбор часто останавливается на ДСМ (ручная диагностика и статистика), подготовленная и проверенная ААП (Американской Ассоциацией психиатров) В настоящее время большинство врачей основывают свою диагностику на ДСМ-IV.

Диагностические признаки аутизма, согласно диагностическому и статистическому руководству по психиатрическим расстройствам (DSM-IV-TR)

- А. Общее количество показателей из разделов (1), (2) и (3) -6: по крайней мере -2

показателя из раздела 1) и по меньшей мере -1 показатель из каждого раздела 2) и 3)

1) Качественное нарушение асоциальном взаимодействии, представленное по край-ней мере двумя показателями из следующих: а) заметное нарушение в использовании многообразных невербальных типов поведения таких как взгляд глаза-в-глаза выражениях лица позах и жестах тела в целях регуляции социального взаимодействия;

б) неспособность развития отношений со сверстниками соответствующих уровню разви-тия;

в) отсутствие спонтанного (непроизвольного) поиска обмена интересами радостью или до-стижениями с другими людьми (отсутствие показа или указывающих жестов на интересу-ющие объекты);

г)отсутствие социальной или эмоциональной взаимности.

2) Качественное нарушение коммуникации представленное по крайней мере одним из следующих

а) отставание или полное отсутствие развития разговорной речи (не сопровождающееся попыткой компенсации через такие альтернативные модели коммуникации как жесты или мимика);

б) у людей с адекватной речью заметное нарушение способности инициировать или под-держивать разговор с другими;

в) стереотипное и повторяющееся использование языка или идиосинкразическая речь;

г) отсутствие разнообразной, спонтанной игры или игры по социальной имитации, соот-ветствующей уровню развития.

3) Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения интересов и деятельности представленные, по меньшей мере, одним из следующих а) активная деятельность по одному или нескольким стереотипным и ограниченным типам интересов, которая является нарушенной либо по интенсивности либо по направле-нию;

б) явное негибкое придерживание специфических нефункциональных распорядка и риту-алов;

в) стереотипные и повторяющиеся механические действия (такие как размахивание или поворачивание пальцами, руками или комплекс движений телом);

г) постоянные действия с частями предметов.

Б. Отставание или нарушенное функционирование, хотя бы в одной из следующих областей начавшееся до 3-х лет

1) социальные взаимодействия;

2) речь при использовании в целях социальной коммуникации;

3) символическая или творческая игра.

В. Отклонение в большей степени не относится к расстройству Ретта или детскому дезинтегративному расстройству

Диагностические критерии аутизма по МКБ-10

Качественные нарушения в социальном взаимодействии представленные по мень-шей мере двумя из пяти 1. Качественные нарушения реципрокного взаимодействия, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаи-модействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию;

б) неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками;

в) отсутствие социо-эмоциональной зависимости, что проявляется нарушенной реакцией на других людей, отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;

г) отсутствие общих интересов или достижений с другими людьми.

2. Качественные аномалии в общении, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие спонтанной речи, без попыток компенсировать этот недостаток жестикულიцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития);

в) повторяющаяся и стереотипная речь;

г) отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более младшем возрасте) подражательных игр.

3. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

Класс МКБ-10

Общие расстройства психологического развития (F84)

Группа расстройств, характеризующихся качественными отклонениями в социальных взаимодействиях и показателях коммуникабельности, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся комплексом интересов и действий. Эти качественные отклонения являются общей характерной чертой деятельности индивида во всех ситуациях. При необходимости идентифицировать связанные с данными нарушениями заболевания или умственную отсталость используют дополнительный код.

F84.0 Детский аутизм

Тип общего нарушения развития, который определяется наличием: а) аномалий и задержек в развитии, проявляющихся у ребенка в возрасте до трех лет; б) психопатологических изменений во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно.

F84.1 Атипичный аутизм

Тип общего нарушения развития, отличающийся от детского аутизма возрастом, в котором начинается расстройство, или отсутствием триады патологических нарушений, необходимой для постановки диагноза детского аутизма.

F84.2 Синдром Ретта

Состояние, до настоящего времени обнаруживаемое только у девочек, при котором явно нормальное ранне развитие осложняется частичной или полной утратой речи, локомоторных навыков и навыков пользования руками одновременно с замедлением роста головы. Нарушения возникают в возрастном интервале от 7 до 24 месяцев жизни.

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Тип общего нарушения развития, для которого характерно наличие периода абсолютно нормального развития до проявления признаков расстройства, сопровождаемого выраженной потерей приобретенных к тому времени навыков, касающихся различных областей развития. Потеря происходит в течение нескольких месяцев после развития расстройства. Обычно это сопровождается выраженной утратой интереса к окружающему, стереотипным, монотонным двигательным поведением и характерными для аутизма нарушениями в сфере социальных взаимодействий и функций общения.

Вопросы и задания:

- 1.Триада аутизма и ее характеристика.
- 2.Диагностические признаки аутизма, согласно диагностическому и статистическому руководству по психиатрическим расстройствам (DSM-IV-TR).
- 3.Диагностические критерии аутизма по Международной классификации болезней де-сятого пересмотра (МКБ-10).
- 4.Класс аутизма в МКБ-10 (F-84).

Практическое занятие № 4

Тема. Аутизм как расстройство эмоционально-волевой сферы и поведения

Цель: закрепить и углубить знания студентов о поведенческих и аффективных расстройствах в структуре аутизма.

Формы работы: заполнение схемы, тезирование, дискуссия.

Формируемые компетенции или их части: способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-1), способен проектировать и провести научное исследование проблемы в профессио-нальной области с использованием современных методов исследования, подготовить и представить квалификационную работу (ПК-1), способен планировать и проводить психо-лого-педагогическую диагностику с целью выявления особенностей и динамики развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, проектирования процесса пси-холого-педагогического сопровождения (ПК-3).

Актуальность темы: формирование представлений об многообразии подходов к изучению расстройств аутистического спектра для правильного понимания и выбора стратегии работы с детьми.

Теоретическая часть

Вариативность аутистических синдромов в детском возрасте от легких до тяжелых форм создает особые трудности в клинко-психологическом подходе к данной проблеме. Наблюдаемые при аутизме сложные сочетания общего психического недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций приводят к существенному искажению психического развития ребенка. Все это препятствует как психологической диагностике, так и психокоррекционной работе с аутичными детьми. Аффективные проявления у детей с аутизмом бедны и однообразны. Аффект удовольствия возникает у ребенка чаще всего тогда, когда он остается один и занят стереотипными играми. Интеллектуальные нарушения у детей с РДА разнообразны. Поданным психометрических исследований, у детей с синдромом РДА в 55—60% случаев наблюдается умственная отсталость, у 15—20% имеет место легкая интеллектуальная недостаточность, и только 15—20% имеют нормальный интеллект. Как подчеркивает В.Е. Каган, интеллектуальная деятельность при РДА неравномерна. Как правило, невербальные задания выполняются менее успешно, чем вербальные. Интеллектуальные способности в значительной степени определяются клинической формой аутизма, его этиологией и патогенезом. Обобщая перечисленные поведенческие феномены и интерпретируя их с точки зрения психологических особенностей развития, исследователи выделяют три основные дефицитарные сферы у детей с аутизмом, а именно: 1) коммуникативная сфера;

2) эмоциональная сфера; 3) сфера социальных отношений.

В настоящее время существует значительное количество клинко-психологических и психологических концепций раннего детского аутизма. Особый интерес представляет концепция, возникшая в русле психоаналитической теории. М. Малер и Б. Беттельхейм рассматривали аутизм как результат раннего психогенного воздействия, обусловленного безразличным, холодным отношением со стороны матери. Специфическое нарушение родительско-детских отношений, по мнению авторов этой

концепции, приводит к пато-логическому развитию личности. Однако результаты многочисленных исследований больных аутизмом указывают на органические и генетические факторы, влияющие на формирование раннего детского аутизма и аутистических тенденций у ребенка. Более того, изучение особенностей взаимодействия матерей с детьми, страдающими аутизмом, позволило опровергнуть утверждение о том, что личностные особенности матерей и их негативное отношение к ребенку выступают причиной развития болезни.

Другие концепции РДА делают акцент на аффективных расстройствах. Отечественными и зарубежными исследователями подчеркивается ведущая роль эмоциональной недостаточности в структуре психического дефекта у детей с аутизмом (М.В. Башина). Авторы отмечают у них повышенную сензитивность, качественное своеобразие и задержку развития эмоциональной сферы. Л. Десперт в своих исследованиях отмечает, что у детей с ранним детским аутизмом наблюдаются трудности понимания эмоций окружающих, недостаток интуиции. Определяющая роль эмоциональных нарушений в формировании аутизма подчеркивается и в теории Р. П. Хобсона. Автор рассматривает аутизм преимущественно как аффективное расстройство с нарушением межличностных отношений. По его мнению, для аутизма типично врожденное отсутствие способности воспринимать аффективную экспрессию других и отвечать на нее. В процессе экспериментальных исследований было выявлено, что дети с аутизмом испытывают существенные трудности в оценке эмоционального выражения лиц. В связи с такими затруднениями ребенок с аутизмом не получает необходимого социального опыта. С другой стороны, аффективные нарушения, наблюдаемые у детей с аутизмом, приводят к неполноценности когнитивных структур, необходимых для нормального общения. Однако, подчеркивая роль эмоциональных расстройств при аутизме и объясняя ими основные проблемы, возникающие у этих детей, исследователь подчеркивает и первичность специфического когнитивного дефицита, что проявляется у детей с аутизмом в особенностях восприятия и переработки информации, а именно в трудностях синтеза воспринимаемых элементов. Коммуникативные проблемы у детей с аутизмом некоторые специалисты объясняют нарушением способности имитации [лицевой экспрессии]. Как показали экспериментальные исследования, здоровые новорожденные обладают способностью имитировать видимую мимическую экспрессию, что указывает на наличие у младенца врожденной супрамодалной схемы тела, объединяющей зрительную и проприоцептивную информацию. Имитируя аффективную экспрессию взрослого, ребенок начинает испытывать те же эмоции. Так возникает «эмоциональное заражение», позволяющее ребенку идентифицировать взрослого как «нечто похожее на него самого». Авторы полагают, что при аутизме эта врожденная система имитации повреждена, что и приводит к нарушению взаимодействия с миром. Другие теории связывают причины аутизма с первичным когнитивным дефицитом. Одной из наиболее известных концепций является теория У. Фрит, построенная на результатах наблюдений экспериментальных исследований. Автор предположила, 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»). У. Фрит считает, что при аутизме нарушается именно это универсальное свойство процесса переработки информации человеком. В то время как нормальные субъекты интерпретируют информацию, исходя из контекста, в котором предъявлены стимулы, больные аутизмом свободны от такого «контекстуального принуждения». В последнее время большой популярностью пользуется теория распознавания психических состояний, или теория намерений («theory of mind»). Авторы этой теории утверждают, что триада поведенческих нарушений при аутизме (эмоциональные, коммуникативные и социальные проблемы) обусловлена повреждением фундаментальной человеческой способности понимать намерения других

людей («mind-read»). В основе данной теории лежит предположение о том, что способность определять чувства, желания и намерения людей по внешним проявлениям имеет эволюционную ценность для человечества с точки зрения возможностей адаптации к условиям внешней среды. Согласно данной теории, все люди от природы способны определять психическое состояние другого человека по его внешнему выражению.

По мнению Барон-Коэн, Лесли и Фрит, у детей с аутизмом эта способность отсутствует, что приводит к нарушению развития воображения и формирования коммуникативных и социальных навыков. Это было подтверждено экспериментальными исследованиями. Авторами этой теории были разработаны специальные тесты, с помощью которых удалось показать, что большинство больных аутизмом несостоятельны в понимании желаний, намерений, знаний и т.п. других людей. Заслуживают особого внимания исследования отечественных психологов. Опираясь на данные, накопленные другими учеными, и используя свой собственный экспериментальный опыт, В. В. Лебединский с соавторами предложили рабочую гипотезу, позволяющую представить механизмы психических расстройств у детей с ранним детским аутизмом, препятствующие их нормальному психическому развитию. Согласно их концепции, биологическая недостаточность создает особые патологические условия, к которым вынужден приспосабливаться аутичный ребенок.

С момента рождения наблюдается типичное сочетание двух патогенных факторов:

- нарушения возможности активно взаимодействовать со средой, что проявляется в сниженном жизненном тоне;
- снижения порога аффективного дискомфорта в контактах с миром, которое находит отражение в болезненных реакциях на обычные раздражители и повышенной ранимости при контактах с другим человеком.

Оба указанных фактора действуют в одном направлении, препятствуя развитию активного взаимодействия со средой и создавая предпосылки для усиления самозащиты. Аутизм, по мнению авторов, развивается не только потому, что ребенок раним и мало вынослив в эмоциональном отношении. Многие проявления аутизма интерпретируются как результат включения защитных и компенсаторных механизмов, позволяющих ребенку устанавливать относительно стабильные, хотя и патологические, взаимоотношения с миром. В рамках данной концепции искажение развития когнитивных функций считается следствием нарушений в аффективной сфере.

Особенности формирования моторных процессов, восприятия, речи и мышления непосредственно связываются с рано возникшими грубыми эмоциональными расстройствами. Среди основных расстройств при аутизме авторы выделяют:

- дефицит психической активности ребенка;
- нарушение инстинктивной сферы;
- нарушение сенсомоторных функций;
- нарушение двигательной сферы и речи.

Все эти нарушения авторы подразделяют на две основные группы, в зависимости от причин, лежащих в их основе: 1) нарушения, обусловленные недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной); 2) нарушения, обусловленные дефицитностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных). Клинико-психологический анализ показал, что у детей с недостаточностью регуляторной системы в структуре психического дефекта наблюдается слабая концентрация внимания, слабость моторного тонуса, нарушения восприятия, а именно его выраженная аффективная окраска. Их поведение отличается выраженной парадоксальностью. Находясь в постоянном сенсорном дискомфорте, дети пытаются компенсировать его аутостимуляцией. Это могут быть визуальные аутостимуляции, когда ребенок постоянно моргает, смотрит на источник света, водит

пальцами перед глазами. Слуховые стимуляции проявляются в том, что ребенок постоянно щелкает пальцами, слегка ударяет по ушам, издает голосовые звуки, стучит по столу. Тактильные стимуляции представлены в постоянных почесываниях кожи руками или каким-либо предметом. Вестибулярные стимуляции заключаются в раскачивании из стороны в сторону или взад и вперед. Вкусовые аутоstimуляции проявляются в том, что ребенок засовывает предметы в рот, лижет или грызет их. Обонятельные имеют место, когда ребенок нюхает предметы или обнюхивает людей. Причины ауто-стимуляции и стереотипий у детей с аутизмом окончательно не установлены. Существует несколько гипотез. Ряд авторов считает, что аутоstimуляции у аутичных детей являются средством возбуждения нервной системы. Некоторые исследователи считают, что ауто-стимуляция возникает у ребенка с целью блокирования избыточных раздражителей и контроля за уровнем своего возбуждения. Авторы других гипотез (Лебединский, Ни-кольская, Баенская, Либлинг, Лебединская) утверждают, что стереотипии служат детям с аутизмом источником психологического подкрепления. Непреодолимая тяга детей с аутизмом к грязи, воде или огню является важным компенсаторным механизмом, направленным на смягчение эмоционального дискомфорта. Отрицательная эмоциональная доминанта почти постоянно присутствует у детей с аутизмом и является причиной того, что эти дети воспринимают окружающий мир как набор отрицательных аффективных признаков. Это обуславливает такие часто наблюдаемые состояния у детей, как диффузная тревога и немотивированные страхи.

Вопросы и задания:

1. Особенности сенсорного развития детей с аутистическими расстройствами (сенсорная дезинтеграция).
2. Особенности эмоционально-аффективной сферы у детей с аутистическими расстройствами.
3. Особенности когнитивного развития детей с аутистическими расстройствами.
4. Особенности речевого и моторного развития детей с аутистическими расстройствами.

Практическое занятие № 5

Тема. Методы психологической диагностики и коррекции при аутистических расстройствах

Цель: сформировать представления об основах диагностики и коррекции аутистических расстройств у детей

Формируемые компетенции или их части: способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-1), способен проектировать и провести научное исследование проблемы в профессиональной области с использованием современных методов исследования, подготовить и представить квалификационную работу (ПК-1), способен планировать и проводить психолого-педагогическую диагностику с целью выявления особенностей и динамики развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, проектирования процесса психолого-педагогического сопровождения (ПК-3).

Актуальность темы: формирование представлений об многообразии подходов к изучению расстройств аутистического спектра для правильного понимания и выбора стратегии работы с детьми.

Теоретическая часть

Принципиальная схема организации диагностической работы с аутичным ребенком. Качество и своевременность диагностики во многом определяют возможности коррекции проявлений аутизма. Поэтому в качестве обязательных выступают следующие требования к ее организации:

- диагностика должна быть ранней (начинающейся с первого дня пребывания ребенка в учреждении),
- комплексной (включающей в себя участие специалистов разного профиля и родителей, использование разных методов),
- динамической (направленной не на скорейшее установление окончательного диагноза, а на его планомерное уточнение с учетом особенностей онтогенетического развития ребенка, степени адаптации и коррекционной работы).

С учетом указанного возможно выделение ряда этапов в логике диагностического исследования, организация которого зависит от профиля, целей, задач и особенностей конкретного образовательного учреждения.

1 этап -ориентировочный Основные задачи:

- 1) ориентирование в актуальных проблемах ребенка;
- 2) выработка гипотезы о причинах их возникновения;
- 3) определение средств дальнейшей диагностики;
- 4) определение подходов к обеспечению адаптации и первичной коррекции.

Основные методы:

- 1) биографический -реализуется в ходе изучения документации (психолого-педагогической -если ребенок ранее посещал какие-либо образовательные учреждения или психолого-педагогические консультативные центры; медицинской -представленной родителями или полученной по запросу из учреждений системы здравоохранения) и в ходе бесед с родителями (законными представителями) и близкими родственниками ребенка,
- 2) наблюдение (в разных ситуациях деятельности ребенка -в период непосредственного обследования тем или иным специалистом, на занятиях, в игре, на прогулке и т. д.),
- 3) беседа с ребенком и с родителями.

Результат: систематизация первичных сведений о соматическом, нервно-психическом и психологическом статусе ребенка, условиях семейного воспитания, степени (и потенциальных возможностях) адаптации в детском коллективе, особенностях эмоционально-волевых проявлений, уровне работоспособности, утомляемости, специфике взаимоотношений со взрослыми и сверстниками.

2 этап -углубленной диагностики и определения зоны ближайшего развития ребенка

Основные задачи:

- 1) изучение уровня развития психических функций* (внимания, восприятия, памяти, мышления, речи),
- 2) изучение особенностей эмоционально-волевой сферы и мотивационной готовности;
- 3) изучение особенностей личностного развития,
- 4) изучение объема и характера знаний, умений и навыков соотносительно с возрастом и особенностями ребенка,
- 5) изучение характера жилищно-бытовых условий, семейных взаимоотношений и стиля семейного воспитания.

Основные методы:

- 1) констатирующий педагогический эксперимент,
- 2) экспериментально-психологический метод, реализуемый посредством использования стандартизированных психологических методик, опросников и анкет для родителей и т.п.

Высокоинформативны методы нейропсихологического обследования (с особым вниманием на проявления особенностей функциональной асимметрии головного мозга или признаки недостаточности латерализации полушарий) и методы медицинской диагностики (электроэнцефалография, ультразвуковое исследование головного мозга,

доплерография, компьютерная томография и др.).

Результат:

1) анализ и обобщение полученных результатов позволяет оформить психологическое, педагогическое, логопедическое и медицинское заключения, представляемые на психолого-медико-педагогический консилиум с целью всестороннего анализа, выработки единой стратегии работы с ребенком и ее согласования с родителями.

2) разработка коррекционных программ, схем сопровождения, индивидуальных образовательных маршрутов.

3 этап - динамической диагностики Основные задачи:

1) уточнение диагноза;

2) уточнение индивидуального образовательного маршрута;

3) уточнение коррекционно-развивающей программы. Методы:

1) формирующий педагогический эксперимент,

2) указанные выше с учетом необходимости.

Результат: реализация оптимизированного индивидуально-ориентированного подхода к обучению, воспитанию и коррекции ребенка с аутистическим расстройством.

4 этап - катamnестического исследования Основная задача:

1) оценка степени адаптированности ребенка в условиях экстер-нальной интеграции.

Метод:

1) катamnез.

Зарубежные системы помощи лицам, страдающим аутизмом:

- первая в Европе и мире школа для аутичных детей - Дания, 1920;

- появление частных специальных образовательных учреждений для обучения и воспитания детей с аутизмом - на принципах различных вариантов психоанализа (ранний детский аутизм - следствие конфликта между ребенком и матерью, которая подавляет развитие собственной активности ребенка);

- создание общественных организаций (Англия, 1962; США, 1965), которые объединяли в основном родителей, чьи дети страдали аутизмом.

Цели:

- предоставить аутичным гражданам гарантированное конституцией право на соответствующее особым потребностям образование;

- организация специального обучения и воспитания детей и подростков с аутизмом признана экономически более выгодной, чем их пожизненное содержание за счет государства;

- начало формирования в США и Западной Европе системы помощи лицам с аутизмом

— середина 60-х гг. XX в. В западных странах сегодня реализуются различные программы обучения детей, страдающих аутизмом.

Наиболее известными являются:

- методика оперантного обучения (поведенческая терапия, АВА-терапия);

- ТЕАССН-программа (разработана Э. Шоплером, Р. Райхлером и Г. Месибовым в начале 70-х гг., США).

Используются и другие программы обучения детей, страдающих аутизмом:

- холдинг-терапия (М. Уэлси);

- терапия "ежедневной жизнью" (М. Катахара);

- терапия "оптимальными условиями" (Б. и С. Кауфманы) и др.

2. АВА-терапия - создание внешних условий, которые формируют желаемое поведение в различных аспектах:

- социально-бытовое развитие;

- речь;
- овладение учебными предметами;
- формирование производственных навыков. Обучение индивидуальное.

3. ТЕАССН-программа:

- является государственной в ряде американских штатов;
- создание соответствующих особенностям аутичного ребенка условий существования;
- развитие невербальных (неречевых) форм коммуникации;
- формирование простых бытовых навыков;
- четкое структурирование пространства и времени (через различные формы расписаний); опора на визуализацию;
- обучение речи только при коэффициенте умственного развития, превышающем 50 (в то время как при легкой умственной отсталости 50-70);
- обучение речи, формирование учебных и профессиональных навыков — не являются обязательными.

Цель программы — добиться возможности жить "независимо и самостоятельно". Из методического обеспечения, разработанного отечественными специалистами, наиболее длительный опыт применения имеет методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции К.С. Лебединской и О.С. Никольской.

В России большинство детей и подростков с аутизмом обучаются в специальных школах для умственно отсталых детей, в массовых школах, содержатся в учреждениях системы здравоохранения и социальной защиты.

Вопросы и задания:

1. Принципиальная схема организации диагностической работы с аутичным ребенком.
2. Особенности психологической диагностики аутичных детей.
3. Зарубежные модели психологической помощи лицам с аутистическими расстройствами.
4. Отечественные подходы к психологическому сопровождению и коррекции поведенческих расстройств у детей с аутизмом.

Практическое занятие № 6

Тема. Искривленный тип дизонтогенеза при аутизме

Цель: закрепить знания студентов о типологии дизонтогенеза, уточнить представления об аутизме как искривленном типе дизонтогенеза.

Формируемые компетенции или их части: способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-1), способен проектировать и провести научное исследование проблемы в профессиональной области с использованием современных методов исследования, подготовить и представить квалификационную работу (ПК-1), способен планировать и проводить психолого-педагогическую диагностику с целью выявления особенностей и динамики развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, проектирования процесса психолого-педагогического сопровождения (ПК-3).

Актуальность темы: формирование представлений об многообразии подходов к изучению расстройств аутистического спектра для правильного понимания и выбора стратегии работы с детьми.

Теоретическая часть

В.М. Башина на основании сравнительного клинического изучения детей с ранней детской шизофренией и с РДА показала высокую вариативность аутистических синдромов в детском возрасте в каждой из нозологических групп — от легких до тяже-

лых. Автор предлагает рассматривать ранний детский аутизм как диссоциированный дигенез разной этиологии. В представленной ею классификации рассмотрены все виды раннего детского аутизма: конституционального, процессуального и органического, в связи с хромосомными aberrациями, психогениями и неуточненного генеза. По данным автора, основное ядро аутизма представлено состояниями шизофренического спектра, что составляет около 79%. В. М. Башина подчеркивает асинхронный тип задержки развития при РДА, что проявляется в нарушении иерархии психического, речевого, моторного и эмоционального созревания ребенка.

Вместе с тем другими исследователями предпринимались отдельные попытки классификации детей с аутизмом по характеру социальной дезадаптации. Например, Л. Винг разделяла аутичных детей на три группы в соответствии с их способностью вступать в социальный контакт:

- 1) «одинокое», которые не вовлекаются в общение;
- 2) «пассивные»;
- 3) «активные, но нелепые».

Наилучший прогноз в дальнейшем психическом развитии, по мнению автора, был у «пассивных». О.С. Никольская с соавторами справедливо подчеркивают: «Предложенная Винг классификация удачно связывает характер социальной дезадаптации ребенка с прогнозом его дальнейшего социального развития, однако за основу при этом берутся все же производные проявления нарушения. Нам представляется, что существует возможность более точной психологической дифференциации таких детей в соответствии с глубиной их аутизма и степенью искажения психического развития. В этом случае критериями разделения становятся доступность ребенку тех или иных способов взаимодействия со средой и людьми и качество разработанных им форм защитной гиперкомпенсации — аутизма, стереотипности, аутостимуляции». Особый интерес представляет классификация О.С. Никольской, Е.Р. Баенской и М.М. Либлинг, построенная с учетом степени тяжести аутистических проявлений и ведущего патопсихологического синдрома. Авторами были выделены четыре группы. Дети первой группы характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией. Их поведение носит полевой характер. Они мучны, не только не владеют формами контакта, но и не испытывают потребности в нем. У них наблюдается почти полное отсутствие навыков самообслуживания. Эта группа детей имеет наихудший прогноз развития и нуждается в постоянном уходе. В раннем возрасте у детей этой группы наблюдается выраженное нарушение активности, дискомфорт. Они проявляют беспокойство, у них отмечается неустойчивый сон. Аутизм у детей этой группы максимально глубокий: он проявляется в виде полной отрешенности от происходящего вокруг. В связи с этим авторы выделяют отрешенность от внешней среды как ведущий патопсихологический синдром. Дети второй группы отличаются более целенаправленным поведением. Спонтанно у них вырабатываются самые простейшие стереотипные реакции и речевые штампы. Прогноз развития у этой группы лучше, чем у предыдущей. При адекватной длительной коррекции дети могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения. Ведущим патопсихологическим синдромом в данной группе детей с РДА является отвержение окружающей реальности. Дети третьей группы характеризуются большей произвольностью в поведении. В отличие от детей первой и второй групп, они имеют более сложные формы аффективной защиты, что проявляется в формировании патологических влечений, в компенсаторных фантазиях. У детей этой группы более высокий уровень развития речи. При адекватной коррекции они могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе. Ведущим патопсихологическим синдромом у них является замещение с целью противостояния аффективной патологии. Дети четвертой группы характеризуются менее глубоким аутистическим барьером, меньшей патологией в аффективной и сенсорной сферах. В их статусе на передний план выступают невротоподобные расстройства, что проявляется в тормозимости, робости,

пугливости, особенно при контактах. Основным патопсихологическим синдромом является повышенная ранимость при взаимодействии с окружающими. У детей этой группы наблюдается развернутая, менее штампованная речь, сформированы навыки самообслуживания. При адекватной психологической коррекции они могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Представленная классификация широко используется в практике работы психологов и педагогов с детьми с аутизмом. Ее преимущество заключается в том, что она построена с учетом ведущего патопсихологического синдрома, отражающего глубину аффективной патологии ребенка и прогноз его дальнейшего психического развития. Однако данная классификация далеко не универсальна, так как в ее основе лежат психолого-педагогические наблюдения и в ней не отражены этиологические и патогенетические параметры аутизма у детей. В представленной классификации отсутствуют клинические детерминанты, что в значительной степени снижает эффективность прогностической оценки детей с аутизмом и возможность более дифференцированного подхода к их психо-логической коррекции. Между тем опыт нашей многолетней работы с детьми показал, что она вполне пригодна для психолого-педагогической работы с детьми с аутизмом, поскольку стержневой характеристикой аутизма является именно степень тяжести аффективной патологии.

Вопросы и задания:

1. Характеристика искаженного развития при аутизме.
2. Психолого-педагогическая классификация аутистических расстройств у детей.
3. Возрастные особенности психического развития при аутизме.

Практическое занятие № 7

Тема. Педагогические особенности работы с аутичным ребенком

Цель: закрепить знания студентов о типологии дизонтогенеза, уточнить представления об аутизме как искаженном типе дизонтогенеза.

Формируемые компетенции или их части: способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий (УК-1), способен проектировать и провести научное исследование проблемы в профессиональной области с использованием современных методов исследования, подготовить и представить квалификационную работу (ПК-1), способен планировать и проводить психо-лого-педагогическую диагностику с целью выявления особенностей и динамики развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, проектирования процесса психо-лого-педагогического сопровождения (ПК-3).

Актуальность темы: формирование представлений об многообразии подходов к изучению расстройств аутистического спектра для правильного понимания и выбора стратегии работы с детьми.

Теоретическая часть

Период обучения особенно важен для аутичных детей и их близких. Опыт показывает, что аутичному ребенку необходима постоянная стимуляция для перехода к более сложным отношениям с миром и с людьми. Аутизм не связан напрямую с интеллектуальными возможностями ребенка и может осложнять жизнь как детей с задержкой развития, так и самых блестящих и одаренных учеников.

Основные условия обучения в школе. Ребенку с аутизмом в школе в основном требуется все то же, что нужно обычным детям.

Ему будет легче адаптироваться, особенно в начале обучения, когда он еще не чувствует защиты своего учителя и общности с одноклассниками, в общей благожелательной и спокойной атмосфере школы. Большинство «срывов» в поведении

возникает на фоне общей напряженности, конфликтов взрослых с другими учениками.

Необходима специальная работа по своевременной организации дополнительной индивидуальной помощи педагога и психолога, по составлению подходящего ребенку режима освоения учебных навыков. Следует быть готовым к тому, что большинству детей с аутизмом потребуется помощь психолога в развитии представлений о себе и об окружающем, в понимании других людей; в овладении навыками коммуникации, преодолении бытовой неприспособленности и социальной наивности.

Организация обучения. Самые острые переживания связаны с необходимостью общения с другими детьми. Поэтому, даже если его поведение вполне адекватно дома и на индивидуальных занятиях, в классе он может легко возбуждаться, приходить в восторг от шалостей одноклассников, хохотать, когда все уже успокоилось, и пытаться повторять чужие «шутки». Хотя все это, безусловно, осложняет жизнь класса, важно помнить, что аутичный ребенок только начинает подражать детям, это его первые попытки быть «таким, как все», которые в дальнейшем обеспечат следование правильным образцам поведения.

Успокоить ребенка может только выработка привычки быть с другими. Понятно, что при этом надо сохранить и нормальные условия для обучения обычных детей. Здесь может помочь школьный психолог, организуя процесс постепенного подключения ребенка к общим занятиям: сначала на тех уроках, к которым он уже подготовлен индивидуальными занятиями, где может проявить себя успешно. В идеале, конечно, введение такого ребенка в класс может пройти более гладко с помощью ассистента учителя, помогающего ребенку организовать себя на уроке. Присутствие на уроке родителей в качестве ассистентов учителя надо использовать очень осторожно, потому что часто они слишком стараются «навести порядок», и их напряжение передается ребенку. Иногда роль ассистента начинается с удовольствием играть ближайший сосед (чаще соседка) ребенка по классу, и эту ситуацию, как нам кажется, можно успешно использовать.

Продуманный порядок, по возможности исключающий невольные провокации, уберет даже незрелого ребенка от импульсивных действий. Так с самого начала школы может стать основным смыслом жизни ребенка с аутизмом, но это, как ни парадоксально, проявляется только дома. В школе из-за неорганизованности ребенка, его неумения владеть собой учитель часто не может оценить степени его заинтересованности. Если педагог будет знать, что происходит с ребенком дома, то поймет, что его терпение и усилия не напрасны. Установление тесной взаимосвязи учителя и близких ребенка – одна из самых важных задач психолога.

Часто страхи и негативизм ребенка связаны с предыдущими неудачами и слишком большим нажимом взрослых в обучении. Он может, например, категорически отказываться брать в руки ручку или «моментально тупеть», переставать слышать и видеть учителя при словах: «Давай посчитаем». В этом случае напряжение ребенка постепенно уходит, если мы сами остаемся спокойны и предлагаем ему адекватную помощь, позволяющую ощутить себя успешным. Например, сначала можно при письме поддерживать его руку, а затем постепенно уменьшать помощь.

Стереотип урока может помочь справиться с появляющейся у таких детей в определенный момент их развития эгоцентричностью, в норме характерной для более раннего возраста. Они могут стремиться удерживать на себе внимание учителя, желать постоянно отвечать, выходить к доске и горько обижаться, если их желания игнорируют. Проявляется обостренное желание быть выделенным в качестве самого успешного, самого умного; возможны ревность, гнев, даже агрессия и самоагрессия, если хвалят другого ученика. В этом случае установленный порядок взаимодействия, привычная очередность в ответах, которую признает и ценит ребенок, тоже помогут всем выйти из затруднения.

Без помощи взрослых они не смогут войти в ролевую игру или игру с правилами,

но довольно скоро начинают вовлекаться в общую возню и беготню детей. Это доставляет им огромную радость, но контроль взрослых необходим, потому что такие дети легко теряют «чувство края», перевозбуждаются и растормаживаются. Лучший способ «унять» их – это предложить успокаивающее занятие: полистать книгу, собрать конструктор и мозаику или заняться еще чем-то приятным и привычным, например, пожевать яб-локо. Конечно, набор таких средств успокоения и отвлечения должен быть всегда наготове.

Создание стереотипа школьной жизни должно включать в себя и разработку привычных способов перехода от одного вида занятий к другому. Это поможет аутичному ребенку включиться в занятия, перейти от урока к перемене и от перемены к уроку, завтраку, сбору домой. В ритуал должны продуманно включаться моменты коммуникации с учителями, родителями и детьми. Разработка такого целостного ритуала – это тоже, безусловно, важная часть психологической работы.

Помощь в обучении. Необходимость помощи аутичному ребенку в овладении учебным материалом становится очевидной тогда, когда его поведение упорядочивается. Сильной стороной такого ребенка постепенно становится его приверженность к выработанному порядку, старательность, направленность на учебу, большая ответственность, отличная память, возможные избирательные интеллектуальные интересы. Для аутичных детей типична абсолютная грамотность, характерны способности к языкам, иногда к точным наукам, возможна математическая и музыкальная одаренность. Они способны усваивать большие объемы информации; освоенные ими навыки, как правило, прочны, и поэтому становятся опорой в дальнейшем обучении. Обычно они стремятся отвечать свер-нуто, но используют краткие и емкие формулировки, содержание которых может быть глубоким и тонким. Коррекционная работа с такими детьми направлена на формирование навыков коммуникации, способности неоднозначно воспринимать смысл происходящего.

Обучая такого ребенка, нужно помогать ему в осмыслении изучаемого материала и практической пользы приобретаемых им знаний. Важно постоянно помогать ему связывать полученные знания в целую картину, встраивать в жизненные сюжеты, проигрывать их. Нужно противостоять тенденции держать все знания «в разных карманах», просто накапливать и систематизировать их.

Полезна специальная работа по развитию у ребенка способности к символическому мышлению, пониманию контекста и подтекста ситуации. Здесь может пригодиться совместное чтение, медленное, с детальным обсуждением происходящего, с привлечением примеров из личного опыта ребенка и угадыванием, что имел в виду тот или иной герой книги.

Вся эта работа должна активно начинаться уже в младшей школе, а иначе обучение в средней и старшей школе может внешне идти успешно, но реально оказаться формальным накоплением знаний, которыми ребенок не в состоянии воспользоваться.

Вопросы и задания:

1. Трудности в обучении детей с аутизмом.
2. Особый подход в домашнем воспитании детей с аутизмом.
3. Поддержка аутичного ребенка в условиях школы.
4. Адаптация методов поведенческой терапии для формирования социально-бытовых навыков у детей с аутизмом.

Примерные темы докладов

1. Метоболические нарушения как причина аутистических расстройств.
2. Дисрегуляция металлопротеина как причина аутистических расстройств.
3. Нарушение глутаматной нейромедиаторной системы как причина аутистических расстройств.
4. Глутаматергическая гипотеза аутизма.
5. Аномалии нейротрансмиттеров в патогенезе аутизма.
6. Роль наследственности в возникновении аутистических расстройств.
7. Генные мутации как фактор аутистических расстройств.
8. Роль вакцинаций и прививок в провокации аутистических расстройств.
9. Интоксикации тяжелыми металлами в возникновении расстройств аутистического спектра.
10. Влияние вирусных инфекций на развитие аутистических расстройств.
11. Роль вмешательства при родах в возникновении аутистических расстройств.
12. Аутоиммунные заболевания как фактор развития аутизма.
13. Заболевания кишечника как фактор развития аутизма.
14. Дифференциальная диагностика аутизма от сходных состояний.
15. Особенности адаптации к социуму у детей с аутистическими расстройствами.
16. Кейсы развития лиц с расстройствами аутистического спектра (описание конкрет-ных примеров развития).
17. Модели обучения детей с аутистическими расстройствами в образовательных орга-низациях.
18. Художественные образы лиц с аутистическими расстройствами (литература, кино).
19. Организации, занимающиеся научными исследованиями аутистических расстройств в России и за рубежом.
20. Организации, занимающиеся оказанием помощи лицам с аутистическими расстройствами в России и за рубежом

Вопросы к экзамену

1. Биохимические теории аутизма.
2. Генетические теории аутизма.
3. Митохондриальная дисфункция.
4. Инвазивные влияния (вакцинации, интоксикации, вирусные инфекции, вмешательства при родах).
5. Заболевания (аутоиммунные заболевания, заболевания кишечника).
6. Органическая природа аутизма.
7. Повреждение и нарушение функций головного мозга.
8. Биохимические патологии мозга.
9. Характеристика синдрома Л. Каннера (1943) – ранний детский аутизм (РДА).
10. Характеристика синдрома Г. Аспергера.
11. Клиническое проявления аутизма в трудах зарубежных и отечественных ученых.
12. Триада аутизма и ее характеристика.
13. Диагностические признаки аутизма, согласно диагностическому и статистическому ру-ководству по психиатрическим расстройствам (DSM-IV-TR).
14. Диагностические критерии аутизма по Международной классификацииу болезней де-сятого пересмотра (МКБ-10).
15. Класс аутизма в МКБ-10 (F-84).
16. Особенности сенсорного развития детей с аутистическими расстройствами (сенсорная дезинтеграция).

17. Особенности эмоционально-аффективной сферы у детей с аутистическими расстройствами.
18. Особенности когнитивного развития детей с аутистическими расстройствами.
19. Особенности речевого и моторного развития детей с аутистическими расстройствами.
20. Гипотеза регуляторной дисфункции при аутизме.
21. Гипотеза ослабления центрального связывания при аутизме.
22. «Лимбическая» гипотеза аутизма.
23. Принципиальная схема организации диагностической работы с аутичным ребенком.
24. Особенности психологической диагностики аутичных детей.
25. Зарубежные модели психологической помощи лицам с аутистическими расстройствами.
26. Отечественные подходы к психологическому сопровождению и коррекции поведенческих расстройств у детей с аутизмом.
27. Характеристика искаженного развития при аутизме.
28. Психолого-педагогическая классификация аутистических расстройств у детей.
29. Возрастные особенности психического развития при аутизме.
30. Трудности в обучении детей с аутизмом.
31. Особый подход в домашнем воспитании детей с аутизмом.
32. Поддержка аутичного ребенка в условиях школы.
33. Адаптация методов поведенческой терапии для формирования социально-бытовых на-выков у детей с аутизмом.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

а) основная литература:

1. Социально-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья: учебник для вузов / Л. В. Мардахаев [и др.]; под редакцией Л. В. Мардахаева, Е. А. Орловой. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 343 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-9916-9646-3. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/491384>.
2. Фуряева, Т. В. Социализация и социальная адаптация лиц с инвалидностью: учебное пособие для вузов / Т. В. Фуряева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 189 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-08278-4. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/493336>.
3. Зелинская, Д. И. Инвалидность детского населения России (современные правовые и медико-социальные процессы): монография / Д. И. Зелинская, Р. Н. Терлецкая. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 194 с. – (Актуальные монографии). – ISBN 978-5-534-11775-2. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/495601>.

б) дополнительная литература:

4. Воронцова, М. В. Социальная защита и социальное обслуживание населения: учебник для вузов / М. В. Воронцова, В. Е. Макаров; под редакцией М. В. Воронцовой. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 330 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-13497-1. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/497371>.
5. Социальная реабилитация: учебник для вузов / М. В. Воронцова, В. Е. Макаров, Т. В. Бюндюгова, Ю. С. Моздокова. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 317 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-13705-7. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/510098>.

6. Фурьева, Т. В. Социальная инклюзия: учебное пособие для вузов / Т. В. Фурьева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 189 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-07465-9. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/494383>.

7. Бегидова, Т. П. Социально-правовые и законодательные основы социальной работы с инвалидами: учебное пособие для среднего профессионального образования / Т. П. Бегидова, М. В. Бегидов. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 98 с. – (Профессиональное образование). – ISBN 978-5-534-06446-9. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/493514>.

8. Бегидов, М. В. Социальная защита инвалидов: учебное пособие для вузов / М. В. Бегидов, Т. П. Бегидова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 98 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-05572-6. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/493037>.

9. Колесникова, Г. И. Правовые основы медико-социальной экспертизы: учебное пособие для среднего профессионального образования / Г. И. Колесникова. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 179 с. – (Профессиональное образование). – ISBN 978-5-534-11254-2. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/495496>.

10. Актуальные проблемы права социального обеспечения: учебник для вузов / В. А. Агафонов [и др.]; под редакцией В. Ш. Шайхатдинова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 631 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-14551-9. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/494871>.

11. Право социального обеспечения: учебник и практикум для вузов / М. В. Филиппова [и др.]; под редакцией М. В. Филипповой. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 451 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-15240-1. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/488008>.

12. Технология социальной работы с семьей и детьми: учебник и практикум для среднего профессионального образования / Е. Н. Приступа [и др.]; под редакцией Е. Н. Приступы. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 465 с. – (Профессиональное образование). – ISBN 978-5-534-04437-9. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/498902>.

13. Теория и технологии медико-социальной работы: учебник и практикум для вузов / А. В. Мартыненко [и др.]; под редакцией А. В. Мартыненко. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 339 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-13654-8. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/498998>.

14. Инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья: дошкольная группа: учебник для среднего профессионального образования / Н. В. Микляева [и др.]; под редакцией Н. В. Микляевой. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 308 с. – (Профессиональное образование). – ISBN 978-5-534-15151-0. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/499009>.

15. Инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья: дошкольная группа: учебник для вузов / Н. В. Микляева [и др.]; под редакцией Н. В. Микляевой. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 308 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-14186-3. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/499008>.

16. Аутизм и расстройства аутистического спектра: диагностика и коррекционная помощь: учебник для вузов / О. С. Никольская [и др.]; ответственный редактор О. С. Никольская. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 295 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-15647-8. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/509289>.

17. Фесенко, Ю. А. Коррекционная психология: синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: учебное пособие для вузов / Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 250 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-

5-534-08296-8. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/494344>.

18. Фесенко, Ю. А. Коррекция речевых расстройств детского возраста: учебное пособие для среднего профессионального образования / Ю. А. Фесенко, М. И. Лохов. – 2-е изд. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 203 с. – (Профессиональное образование). – ISBN 978-5-534-13573-2. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/496514>.

19. Фесенко, Ю. А. Коррекция речевых расстройств детского возраста: учебное пособие для вузов / Ю. А. Фесенко, М. И. Лохов. – 2-е изд. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 203 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-12886-4. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/494341>.

20. Циркин, В. И. Нейрофизиология: основы психофизиологии: учебник для вузов / В. И. Циркин, С. И. Трухина, А. Н. Трухин. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 577 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-12807-9. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/496265>.

21. Фесенко, Ю. А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности. Диагностика и коррекция нарушений: практическое пособие / Ю. А. Фесенко, Е. В. Фесенко. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 250 с. – (Профессиональная практика). – ISBN 978-5-534-10064-8. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/494591>.

22. Специальная психология в 2 т. Том 1: учебник для бакалавриата и магистратуры / В. И. Лубовский [и др.]; ответственный редактор В. И. Лубовский. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 430 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-15909-7. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/510260>.

23. Специальная психология в 2 т. Том 2: учебник для вузов / В. И. Лубовский [и др.]; ответственный редактор В. И. Лубовский. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 276 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-15910-3. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/510261>.

в) программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

-электронные библиотечные системы, с которыми у СОГУ имеется действующий договор, современные профессиональные базы, информационные справочные системы:

– eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]: научная электронная библиотека. – URL: <http://www.elibrary.ru>.

– База данных «ЭБС elibrary»: <http://elibrary.ru>

– Издательство «Юрайт» [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://biblio-online.ru>.

-Университетская библиотека online [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://www.biblioclub.ru>.

-Университетская информационная система РОССИЯ. URL: <http://www.cir.ru/>;

Профессиональные базы:

1. Институт коррекционной педагогики ikprao.ru Сайт Института коррекционной педагогики РАО.

2. Индивидуальная программа ребенка www.ab.ru Входят разделы: Оценка уровня развития ребенка, Определение программы обучения, методов и приемов, коррективная программа, закрепление пройденного

3. Иппотерапия www.hippotherapy.ru Все об иппотерапии, лечебной верховой езде и конном спорте для людей с ограниченными возможностями

4. КРОК www.krok.org.ua Сайт создан с целью: облегчить специалистам по воспитанию и обучению детей с особыми потребностями поиск необходимой информации

среди ресурсов сети Интернет; предоставить возможность обмена практическим опытом, методическими достижениями;

5. Монтессори интернет-журнал www.montessori-press.ru Всё о системе Монтессори.

6. Особое детство www.osoboedetstvo.ru Родителям детей с нарушениями развития, всем, кому это важно.

Интернет-ресурсы

Ссылки на базы данных, сайты, справочные системы, электронные словари и сетевые ресурсы

<http://www.autism.ru/read.asp?id=150&vol=0>

<http://www.autism.ru>

<http://autism-info.ru>

<http://www.aspergers.ru>