

**Основы
психодиагностики**

**Обследование аутичных
детей**

- Аутизм - снижение способности к установлению эмоционального контакта, коммуникации и социальному развитию; “уход” от действительности с фиксацией на внутреннем мире аффективных комплексов и переживаний.
- Проблема детского аутизма является одной из наиболее актуальных в области детской психологии.
- Аутизм проявляется эмоциональной и поведенческой отгороженностью от реальности, свертыванием или полным прекращением общения, “погружением в себя”, либо утратой эмоциональной и коммуникативной дистанции с избыточной, недифференцированной общительностью и открытостью (аутизм наизнанку), связанными с неспособностью учитывать эмоциональные реакции собеседника, эмоциональной дефицитарностью.

Основные признаки РДА:

- **Выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими.**
- **Отгороженность от внешнего мира.**
- **Слабость эмоционального реагирования по отношению к близким вплоть до полного безразличия к ним (“аффективная блокада”).**
- **Наблюдается недостаточность реакций на зрительные и слуховые раздражители, придающая таким детям сходство со слепыми и глухими (псевдослепота, псевдоглухота).**

- **Отмечается стереотипность в поведении, что проявляется:**
 - **в стремлении сохранить постоянные, привычные условия жизни, приверженности к сохранению неизменности окружающего**
 - **в сопротивлении и страхе перед изменениями, боязни всего нового (неофобия);**
 - **в поглощенности однообразными стереотипными примитивными движениями и действиями;**
- **Отмечается особая “охваченность”, “зачарованность” какой - либо деятельностью.**
- **Весьма характерно зрительное поведение: непереносимость взгляда в глаза, “бегающий взгляд”, взгляд мимо или “сквозь” людей, фрагментарность зрительного внимания;**
- **Дети активно стремятся к одиночеству, чувствуют себя заметно лучше, когда их оставляют одних.**

- Особый контакт с матерью;
- Запаздывание моторного развития (угловатость, несоразмерность произвольных движений, неуклюжесть, запаздывание развития навыков самообслуживания)
- опережение (или искажение) речевого развития:
 - непосредственные и отставленные во времени эхоталии (повторение услышанных слов, фраз);
 - отмечаются неологизмы, скандированное произношение, рифмование,
 - ребенок часто говорит о себе во 2-ом или 3-ем лице (“он”, “Вася”), применяет в отношении себя глаголы в безличной форме;
 - не используются мимика и жесты.

Изучение аутичных детей имеет особые сложности из-за трудностей установления с ними контакта.

Формой организации обследования может быть лонгитюдное, динамическое и диагностическое обследование, **но принципиальной является индивидуальная работа с каждым ребенком.**

На начальном этапе комплексное обследование проводится одним специалистом (психологом или педагогом), что дает ребенку возможность хотя бы немного адаптироваться к новой ситуации.

Другие специалисты (логопед, психиатр) должны постепенно, очень осторожно предъявлять себя ребенку, так как любое резкое движение или громко сказанное слово могут вызвать у него охранительную реакцию, и обследование будет прервано.

В целом в процедуре обследования выделяются три этапа:

- 1) сбор психологического анамнеза, где важнейшее значение имеют сведения о матери и других близких;**
 - 2) определение уровня нарушений эмоционально-волевой сферы;**
 - 3) изучение особенностей познавательной сферы.**
- **Аутичные дети **первых двух групп** (по классификации О.С. Никольской) могут быть диагностированы только в ходе продолжительного изучения, на первых двух этапах реально установить лишь тип аутистического дизонтогенеза.**
 - **Дети **третьей группы** могут быть обследованы сразу только при появлении у них особой расположенности к специалисту.**
 - **Изучение детей **четвертой группы**, учитывая их коммуникативные возможности, может включать сразу три этапа обследования.**

- Определение **типа аутистического** дизонтогенеза, или уровня нарушений эмоционально-волевой сферы, достигается с помощью **наблюдения за поведением и спонтанной деятельностью ребенка**. Затем — в зависимости от демонстрируемых возможностей ребенка — **в ходе взаимодействия с ним** строится его дальнейшее изучение.
- Оценивая особенности эмоционально-волевой и коммуникативно-потребностной сфер аутичного ребенка, следует опираться на основные критерии, выделенные О.С. Никольской, В.В. Лебединским, М.К. Бардышевской.

Первый тип аутистического дизонтогенеза — уровень полевой реактивности:

- повышенная отрешенность от окружающего мира, отказ от любых контактов;**
- выраженная пассивность по отношению к сенсорным раздражителям (вложенный в руку ребенка предмет или игрушка выпадает из нее);**
- отсутствие зрительного контакта (взгляд плавно ускользает);**
- наличие «полевого» поведения;**
- мутизм, отсутствие потребности в вербальных контактах любого характера;**
- вычурность двигательных поз.**

Второй тип — уровень стереотипов:

- выраженная чувствительность к внешним стимулам — силе голоса, света, температуре, прикосновениям;**
- активное отторжение мира в виде аутостимуляций;**
- обилие моторных стереотипии; наличие речевых штампов, эхоталий, речевых стереотипии;**
- проявление требовательности к организации стереотипной среды обитания (особая избирательность в еде, в ношении только какого-то одного вида одежды и т.д.);**
- наличие страхов;**
- автономная игра.**

Третий тип — уровень экспансии:

- проявление выраженной конфликтности поведения;
- быстрая пресыщаемость в любой деятельности;
- выраженная избирательность в контактах;
- наличие немотивированных страхов;
- безадресная речь, не направленная на собеседника;
- отсутствие использования местоимений первого лица;
- взгляд «сквозь» человека.

Четвертый тип — уровень эмоционального контроля:

- проявление сензитивности и повышенной ранимости в контактах;
- потребность в положительной оценке и эмпатической поддержке;
- симбиотическая связь с близкими (с матерью);
- речь может носить затухающий характер;
- визуальный контакт не постоянен, имеет прерывистый характер.

- **Объективная оценка нарушений аффективной сферы** требует наблюдения динамики ее развития, степени возрастания или убывания проявлений аутистических признаков, а также изменений способов адаптации ребенка.
- **Позитивная динамика** характеризуется возникновением в психике ребенка признаков аффективных механизмов более высокого уровня организации эмоционально-волевой сферы и упрощением способов компенсаторной аутостимуляции.
- **При регрессе** ребенок становится более замкнутым и отрешенным, имеющиеся связи и контакты с миром нарушаются. Ребенок переходит в группу детей с более элементарной и ригидной организацией эмоционально-волевой и коммуникативно-потребностной сфер.

Изучение особенностей познавательной сферы аутичных детей направлено на выявление уровня их знаний и навыков и определение программ обучения, адекватных их возможностям

- В целом процедура обследования должна сложиться естественно, плавно перейдя из стадии установления контакта с ребенком в игру с ним. Некоторые задания могут быть предложены в виде тестовых, например, корректурная проба, шифровка и др., основная же часть диагностики строится в виде продолжения игры с ребенком.
- **Прекращение работы** может произойти не из-за переутомления, а из-за неадекватной реакции на стимульный материал — немотивированного страха перед ним, поэтому рекомендуется предварительно положить некоторые пособия и тестовые задания в разных местах кабинета, чтобы ребенок к ним привык и они не казались ему чем-то новым и неизвестным.

При определении диагностического инструментария специалист должен опираться на известные в диагностической практике комплекты и наборы диагностических методик и тестовых заданий, обязательно учитывая в организации деятельности ребенка его возраст и информацию матери или близких о его предпочтениях в выборе игрушек или предметов.

Литература:

- Психолого-педагогическая диагностика / И. Ю. Левченко, С.Д. Забрамная, Т.А. Добровольская и др.; Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. М., 2003.
- *Усанова О.Н.* Специальная психология: Система психологического изучения аномальных детей. М., 1990.
- *Мамайчук И.И.* Психология дизонтогенеза. СПб., 2000.
- *Никольская О. С, Баенская Е.Р., Либлинз М. М.* Аутичный ребенок: пути помощи. М, 1997.