## Оглавление

## Введение

## Глава 1. Общая характеристика детей с расстройствами аутистического спектра

## .1 Теоретические основы понятия «аутизм»

## .2 Причины и классификация расстройств аутистического спектра

## .3 Прикладной анализ поведения

## Глава 2. Современные представления о поведении аутичных детей и коррекционной работе

## .1 Понятие «поведение», его значение в психологии

## .2 Особенности поведения детей с расстройством аутистического спектра

## .3 Использование методики АВА в коррекционной работе

## Заключение

## Список литературы

## Введение

Актуальность выбранной темы. Расстройство аутистического спектра в настоящее время не рассматривается как чисто клиническая проблема. В современном понимании он предстает как особый тип нарушения психического развития и, закономерно, что все более значимую роль в его преодолении приобретают психологическая и педагогическая коррекционная работа. Накоплен значительный опыт клинических и психологических исследований, ведется поиск эффективных путей воспитания и обучения детей с расстройством аутистического спектра.

Многолетний поиск первичного нарушения, страдающей психической функции, ответственной за дезадаптацию аутичного ребенка, не увенчался успехом, и в настоящее время детский аутизм признан первазивным, всепроникающим нарушением психического развития. В центре внимания специалистов в настоящее время находятся не столько проявления дефицитарности отдельных психических способностей аутичного ребенка, сколько общие закономерности нарушения развития форм его взаимодействия с окружающим миром и, в первую очередь, с близким человеком. Показано, что прогресс в понимании природы детского аутизма может быть достигнут только при осознании единой логики нарушения аффективного и когнитивного развития ребенка.

Понятно, что психологическая помощь ребенку с отклонениями в аффективном развитии не может осуществляться вне контекста работы с его близкими. Это особенно значимо при современной социальной установке на сохранении ребенка в условиях его собственной семьи. Поэтому первостепенно важным в развитии психологической помощи становится поиск форм коррекционной психологической работы, ориентированной, прежде всего, на максимальную нормализацию взаимодействия матери и ребенка, ребенка и близкого взрослого.

Разработка средств раннего выявления тенденций искажения психического развития и коррекционной поддержки ребенка до момента окончательного формирования синдрома детского аутизма направлены на улучшение прогноза его социальной адаптации.

Научная разработанность проблемы. На современном этапе за рубежом исследование расстройства аутистического спектра активно ведут такие авторы, как М. Раттер (M. Rutter); Л. Винг (L. Wing); К. Лорд (C. Lord et al.); Д.Л. Роббинс (D.L. Robbins et al.). Ими изучаются причины возникновения аутизма и специфика проявления его характеристик; ведется усовершенствование диагностического инструментария, а также методов обучения и терапии людей с нарушениями аутистического спектра.

Особый акцент как в зарубежных, так и в российских исследованиях ставится на выявление природы расстройства аутистического спектра. В исследованиях О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг и В.В. Лебединского аутизм рассматривается как результат нарушений в эмоциональной сфере детей и подростков. Экспериментальные данные, полученные в исследованиях В.М. Башиной и Courchesne & Pierce, позволяют говорить о генетических и нейробиологических корнях аутизма и его связи с нарушениями функций головного мозга.

В отечественной научно-исследовательской литературе наиболее значимым среди многообразных факторов, указывающих на наличие расстройства аутистического спектра, признается следующая специфическая триада симптомов: 1 - непосредственно аутизм, то есть уход в себя; 2 - стереотипность поведения; 3 - особая характерная задержка и нарушение развития речи. Эти симптомы, как правило, проявляются уже в первые два-три года жизни ребенка.

Исследования В.Е. Кагана, К.С. Лебединской и О.С. Никольской, И.И. Мамайчук, Т. Питерса, В.В. Лебединского позволяют дать следующее определение: аутизм - это постоянное нарушение развития человека, которое проявляется в течение первых трех лет жизни; оно является следствием неврологического расстройства и характеризуется отрывом от реальности, отгороженностью от мира, отсутствием или парадоксальностью реакций на внешние воздействия, пассивностью и сверхранимостью в контактах со средой в целом.

В работах К.С. Лебединской и О.С. Никольской дается характеристика проявлений феномена раннего детского аутизма и представлено углубленное описание психологических профилей для детей и подростков в рамках возрастных периодов развития.

Целью работы является теоретическое обоснование проблемы особенностей поведения детей с расстройством аутистического спектра.

Задачи работы обусловлены поставленной целью:

рассмотреть теоретические основы понятия «аутизм»;

изучить причины и классификацию расстройства аутистического спектра;

описать особенности прикладного анализа поведения;

изучить понятие «поведение»;

выявить особенности поведения детей с расстройством аутистического спектра;

описать возможности использования методики АВА в коррекционной работе.

## Глава 1. Общая характеристика детей с расстройствами аутистического спектра

## .1 Теоретические основы понятия «аутизм»

По данным многих специалистов и наблюдениям родителей, необычность развития детей с расстройством аутистического спектра проявляется ярко, со всей очевидностью в возрасте от 2,5-3 до 6-7 лет - период, который можно назвать критическим. От того, насколько правильно родители, близкие, специалисты оценят состояние ребенка, поймут, что ему необходим особый подход в воспитании и обучении, а возможно, и лечение, будет зависеть, как сможет он войти в жизнь и найти себя в ней. Общеизвестно, что при нормальном развитии в этом возрасте происходит наиболее активное освоение мира, способов взаимодействия с ним, развитие речи, мышления, творчества, фантазии, становление характера; ребенок начинает понимать эмоциональную сторону отношений между людьми, осознавать себя. В игре он выражает себя, готовится к будущему.

Расстройство аутистического спектра это тип общего нарушения развития, который определяется наличием:

а) аномалий и задержек в развитии, проявляющихся у ребенка;

б) психопатологических изменений во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно.

Эти специфические диагностические черты обычно дополняют другие неспецифические проблемы, такие, как фобии, расстройства сна и приема пищи, вспышки раздражения и направленная на себя агрессивность. "Руководство по диагностике и статистике психических расстройств" пятого пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V), разработанное и опубликованное Американской Психиатрической Ассоциацией (American Psychiatric Association) 18 мая 2013 года, включает для расстройств аутистического спектра (РАС) (Autism Spectrum Disorder, ASD) 299.00 (F84.0) следующие критерии диагностики:. Устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии в различном контексте, проявляющиеся в настоящий момент или имеющееся в анамнезе в следующих (примеры приведены для наглядности и не являются исчерпывающими, см. текст):

. Дефициты в социально-эмоциональной взаимности; начиная, например, с аномального социального сближения и неудач с нормальным поддержанием диалога; к снижению обмена интересами, эмоциями, а также воздействию и реагированию; до неспособности инициировать или реагировать на социальные взаимодействия.

. Дефициты в невербальном коммуникативном поведении, используемом в социальном взаимодействии; начиная, например, с плохой интегрированности вербальной и невербальной коммуникации; к аномалии зрительного контакта и языка тела или дефицитов понимания и использования невербальной коммуникации; до полного отсутствия мимики или жестов.

. Дефициты в установлении, поддержании и понимании социальных взаимоотношений; начиная, например, с трудностей с подстройкой поведения к различным социальным контекстам; к трудности с участием в играх, в которых задействовано воображение, и с приобретением друзей; до видимого отсутствия интереса к сверстникам.. Ограниченность, повторяемость в структуре поведения, интересах или деятельности, что проявляется по меньшей мере в двух из следующих (примеры приведены для наглядности и не являются исчерпывающими, см. текст):

. Стереотипные или повторяющиеся моторные движения, речь или использование объектов (например, простые моторные стереотипии, выстраивание игрушек или махание объектами, эхолалия идиосинкратические фразы).

. Чрезмерная потребность в неизменности, негибкое следование правилам или схемам поведения, ритуализованные формы вербального или невербального поведения (например, резкий стресс при малейших изменениях, трудности с переключением внимания, негибкие шаблоны мышления, поздравительные ритуалы, настаивание на неизменном маршруте или еде).

. Крайне ограниченные и фиксированные интересы, которые аномальны по интенсивности или направленности (например, сильная привязанность к необычным предметам или чрезмерная озабоченность и увлечение ими, крайне ограниченная сфера занятий и интересов или персеверации).

. Избыточная или недостаточная реакция на входную сенсорную информацию или необычный интерес к сенсорным аспектам окружающей среды (например, видимое безразличие к боли или температуре окружающей среды, негативная реакция на определенные звуки или текстуры, чрезмерное обнюхивание или трогание предметов, зачарованность источниками света или объектами в движении).

## 1.2 Причины и классификация расстройств аутистического спектра

аутизм расстройство поведение дети

В исследованиях зарубежных и отечественных психиатров было показано, что раннее расстройство аутистического спектра у детей обусловлено сложными биологическими факторами. Особую роль в его возникновении играют генетические факторы. Американские психиатры при использовании близнецовых и семейных методов исследования при изучении причин аутизма показали, что раннее расстройство аутистического спектра у детей у сибсов встречается в 60-100 раз чаще, чем в популяции в целом. Если один из монозиготных близнецов страдает аутизмом, то у второго вероятность заболевания 90%.

Современные международные диагностические системы МКБ-10, DSM-IV подчеркивают значимость лежащих в основе раннего расстройства аутистического спектра у детей биологических нарушений, среди которых выделяются генетические факторы и органическое поражение центральной нервной системы. Компьютерно-томографические исследования детей выявили морфологические изменения мозжечка, гипоплазию червя мозжечка и ствола мозга. Также у пациентов с ранним расстройством аутистического спектра при помощи позитронно-эмиссионной томографии и магнитно-резонансной томографии было обнаружено снижение уровня метаболизма глюкозы в области передней и задней поясных извилин, относящихся к лимбической системе.

Наиболее распространенной в настоящее время является гипотеза о генетической природе раннего расстройства аутистического спектра у детей. Например, сотрудники Международного консорциума по молекулярному и генетическому изучению аутизма, обследовавшие 150 пар братьев и сестер, больных аутизмом, полагают, что на человеческих хромосомах 2 и 17 имеются участки, вызывающие предрасположенность к аутизму. Исследователям удалось подтвердить предположение о том, что хромосомы 7 и 16 также содержат подобные зоны. Исследование семей, в которых двое и более детей были больны аутизмом, заставляет медиков думать, что существует определенная генетическая основа заболевания.

Специалисты из Центра аутизма Университета штата Вашингтон провели серию исследований активности мозга аутичных детей в ситуациях, связанных с переживанием различных эмоций. Группе аутистов дошкольного возраста показывали фотографии, выражающие разные степени страха или нейтральные эмоции. Перед этим детям надевали специальные шапочки с десятками датчиков, снимавших информацию об активности их головного мозга. Контрольные группы были образованы из числа здоровых и умственно отсталых детей. В обеих контрольных группах дети по-разному реагировали на демонстрируемые им фотографии, однако для всех без исключений были характерны изменения активности мозга при смене фотографий. В то же время активность мозга аутичных детей в аналогичных условиях не менялась. Результаты проведенного исследования наглядно показали, что при аутизме оказываются задетыми базовые механизмы функционирования мозга.

Параллельно специалисты Центра исследовали структуру мозга тех же детей. При этом использовался новый метод фотонного спектроскопического сканирования, разработанного в университете. Он позволяет получать данные как о структуре отдельных участков мозга, так и об их химическом составе. Оказалось, что у аутичных детей размеры мозжечковой миндалины, участвующей в обработке эмоциональной информации, намного больше, чем у здоровых или умственно отсталых детей. В среднем мозг аутистов на 10% больше «нормальных» показателей. При этом такая диспропорция никак не зависит от пола, тогда как у здоровых людей мужской мозг больше женского. Кроме того, были найдены серьезные изменения в химическом составе мозга у детей-аутистов.

Многочисленные исследования показали, что существует несколько причин возникновения и развития расстройства аутистического спектра:

• врожденные биологические факторы, например мозговая дисфункция;

• недоразвитие определенных долей мозга в сочетании с гиперразвитием других его областей;

• хромосомные аномалии и нарушения обмена.

Большинство исследователей отмечают, что среди пациентов с ранним детским аутизмом преобладают мальчики (распределение по полу примерно 8:1). Из 100 обследованных детей с расстройством аутистического спектра, в возрасте от 3 до 16 лет было только 12 девочек. Кроме того, исследования В.М. Башиной показали, что аутистические нарушения у девочек носят более деструктивный характер.

Разнообразие клинических проявлений расстройства аутистического спектра создает определенные сложности в его классификации, в выделении ведущего симптомокомплекса. В отечественной и зарубежной психиатрии описываются различные формы аутистических синдромов у детей, однако до сих пор не существует единого подхода к классификации раннего детского аутизма. Наиболее подробно разработаны клинические классификации раннего детского аутизма и аутистических синдромов у детей, построенные по клиническому и этиопатогенетическому принципу.

Например, В.Е. Каган на основе собственных исследований и результатов изучения данной проблемы зарубежными авторами выделяет следующие формы аутистических синдромов у детей:

Таблица 1. Формы аутистических синдромов у детей

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Синдромы | Основной этиологический фактор | Патогенетическая основа | Динамика |
| Аутизм при шизофрении | Наследственность | Специфическая диссоциация психических функций | Проградиентность |
| Аутизм при шизоидной психопатии | Наследственность | Контрастные черты характера | Непроградиентность |
| Детский аутизм | Экзогенные вредности в антенатальном и пренатальном периоде | Асинхрония, неравномерность, задержка психического развития | Прогрессирующее развитие психики |
| Органический аутизм | Экзогенные вредности в постнатальном онтогенезе | Психическое недоразвитие, резидуальные психопатии | Развитие психики определяется возможностями терапии |

В.В. Ковалев описывает две основные формы РДА: процессуальный (шизофренический) и непроцессуальный синдром. Автор подчеркивает, что психопатологические особенности детей с аутизмом при шизофрении связаны не с отсутствием потребности в контактах, а с болезненными переживаниями ребенка, которые проявляются в патологических фантазиях, в рудиментарных бредовых образованиях. В связи с этим поведение детей с процессуальным синдромом отличается выраженной причудливостью, вычурностью, диссоциированностью.

Особого внимания заслуживает классификация К.С. Лебединской, поскольку в ее основе лежит причина возникновения аутизма у ребенка, что в значительной степени определяет биологические детерминанты развития аутистических синдромов. Используя этиопатогенетический подход к классификации раннего расстройства аутистического спектра, К.С. Лебединская выделяет пять его вариантов:

• аутизм при различных заболеваниях центральной нервной системы;

• психогенный аутизм;

• аутизм шизофренической этиологии;

• аутизм при обменных заболеваниях;

• аутизм при хромосомной патологии.

Расстройство аутистического спектра при различных заболеваниях ЦНС (органический аутизм) сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома. В этом случае у детей отмечаются психическая инертность, двигательная недостаточность, нарушения внимания и памяти. Кроме того, наблюдается рассеянная неврологическая симптоматика: признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на электроэнцефалограмме, эпизодические судорожные припадки. Как правило, для детей этой группы характерны задержки речевого и интеллектуального развития.

Психогенный аутизм, по данным западных психиатров и психологов, возникает преимущественно у детей раннего возраста (до 3-4 лет) в связи с воспитанием в условиях эмоциональной депривации: длительного отсутствия материнской ласки, неправильного воспитания в интернатах и пр. Эта форма аутизма проявляется у ребенка в нарушении контакта с окружающими, в эмоциональной индифферентности, пассивности, безучастности, в отсутствии дифференцированных эмоций, в задержке развития речи и психомоторики. В отличие от других форм, психогенный аутизм при нормализации условий воспитания может исчезнуть. Однако в случае, если пребывание ребенка в неблагоприятных условиях продлится первые три года жизни, аутистическое поведение и нарушения речевого развития становятся стойкими.

Дети с расстройством аутистического спектра шизофренической этиологии отличаются более выраженной отгороженностью от внешнего мира и слабостью контактов с окружающими. У них наблюдается выраженная диссоциация психических процессов, стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний и патологических фантазий, наличие рудиментарных бредовых образований и галлюцинаторных феноменов. В связи с этим их поведение отличается причудливостью, вычурностью, амбивалентностью. Например, дети могут быть малоконтактными и эмоционально невыразительными в общении с близкими и при этом общительными, разговорчивыми, доверчивыми с посторонними лицами. Однообразное, вялое поведение детей может прерываться немотивированными агрессивными поступками, разрушительными действиями. Кроме того, у детей может наблюдаться продуктивная психопатологическая симптоматика: постоянные страхи, деперсонализация, псевдогаллюцинаторные переживания.

Расстройство аутистического спектра при обменных заболеваниях и хромосомной патологии в клинической литературе описано как сопутствующий синдром, когда у детей на фоне психического недоразвития наблюдаются аутистические проявления.

В 1989 году в Научно-исследовательском центре психического здоровья была разработана своя клиническая классификация РДА:

. Синдром раннего инфантильного аутизма Каннера (классический вариант РДА).

. Аутистическая психопатия Аспергера.

. Эндогенный, постприступный (вследствие приступов шизофрении) аутизм.

. Резидуально-органический вариант аутизма.

. Аутизм при хромосомных аберрациях.

. Аутизм при синдроме Ретта.

. Аутизм неясного генеза.

Л. Уинг разделяла аутичных детей на три группы в соответствии с их способностью вступать в социальный контакт:

) «одинокие», которые не вовлекаются в общение;

) «пассивные».

) «активные, но нелепые».

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 мутичны, 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. Расстройства аутистического спектра у детей этой группы максимально глубоко: оно 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 неврозоподобные 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 расстройством аутистического спектра. 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 расстройством аутистического спектра и возможность более дифференцированного подхода к их психологической коррекции.

В целом все описанные выше классификации аутистических симптомов у детей в своей основе содержат этиологические факторы и клинические проявления и, по сути, содержательно не отличаются друг от друга. Вероятно, следующим шагом будет создание классификации аутизма в детском возрасте с учетом и этиопатогенетических, и клинических, и психолого-педагогических факторов.

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 тяжелых. Автор предлагает рассматривать ранний детский аутизм как диссоциированный дизонтогенез разной этиологии. В представленной ею классификации рассмотрены все виды раннего детского аутизма: конституционального, процессуального и органического, в связи с хромосомными аберрациями, 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.

Как отмечалось выше, в связи с принятием в нашей стране Международной классификации болезней 10-го пересмотра ранний детский аутизм был выведен из рубрики психозов, специфичных для детского возраста, и в настоящий момент относится к числу так называемых первазивных общих расстройств развития. В МКБ-10 детский аутизм под шифром F84.0 рассматривается как «общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до трех лет и аномальным функционированием во всех трех сферах: социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения.

В настоящее время исследователи в целом разделяют представление о существовании двух основных вариантов расстройства аутистического спектра: классического аутизма Каннера и отличного от него аутистического состояния, происхождение и клинические проявления которого могут разниться. Согласно диагностической схеме Международной классификации болезней 10-го пересмотра, оба аутистических синдрома (ранний детский аутизм, или синдром Каннера, и аутистические расстройства личности, или синдром Аспергера) относятся к глубинным расстройствам психического развития, которые характеризуются поведенческими нарушениями и являются психопатологическими синдромами.

У многих детей отмечаются 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 расстройством аутистического спектра, аномально уже на самых ранних этапах онтогенеза. Однако при выделении первичного дефекта при расстройстве аутистического спектра и ведущего патопсихологического синдрома исследователь неизбежно встречается с большими трудностями. Практика показывает, что определить специфические закономерности формирования психических функций при расстройстве аутистического спектра возможно только при сравнении психического развития этих детей с развитием здоровых детей.

## .3 Прикладной анализ поведения

Прикладной анализ поведения (англ. Applied behavior analysis, ABA) - это научная дисциплина, которая предполагает использование современной поведенческой теории научения для изменения поведения. Поведенческие аналитики отвергают использование гипотетических конструктов, но фокусируются на объективно наблюдаемых отношениях (зависимостях) поведения от окружающей среды. Методы АВА могут быть использованы для изменения поведения только после функциональной оценки связей (зависимостей) между целевым поведением и окружающей средой. ABA включает в себя как прикладные методы поведенческого вмешательства, так и фундаментальные исследования принципов, формирующих и поддерживающих человеческое поведение.

ABA - это прикладная отрасль науки, в которой принципы бихевиоризма планомерно применяются для улучшения социально значимого поведения и где используется экспериментальное определение значимых переменных для изменения поведения. Это одна из областей применения поведенческого анализа. Оставшиеся две - это бихевиоризм, как область научной философии, и экспериментальный анализ поведения, то есть базовые экспериментальные исследования.

Статья Байера, Вольфа, и Ризли за 1968 до сих пор используется как основное описание метода прикладного анализа поведения. В ней описывается семь определяющих характеристик ABA: прикладной, поведенческий, аналитический, технологический, концептуальный, эффективный и общий.

Методы ABA очень часто применяются для коррекции поведения при расстройствах аутистического спектра, причём настолько часто, что сами по себе методы ABA часто считают только методами коррекции поведения при аутизме.

В российской дефектологии ряд специалистов указывают на ограничения ABA как поведенческого подхода, ограничивая сферу его применения при расстройстве аутистического спектра выработкой конкретных навыков и помощью подросткам и взрослым с тяжелой формой данного заболевания, не получавшим коррекционной помощи в детском возрасте, и отказывая ему в статусе основного, «базового» подхода к коррекции этого нарушения развития. Практики ABA отмечают, что в основе применения АВА лежит индивидуальный подход, поэтому иногда поведенческие методики применяются как основной метод абилитации, а иногда - как вспомогательный. Также ABA остается единственным подходом с доказанной эффективностью при оказании помощи детям с расстройством аутистического спектра.

В рамках прикладного анализа поведения выделилось несколько подходов, ориентированных именно на детей с расстройствами аутистического спектра: обучение методом отдельных попыток (discrete trial training), тренировка ключевого ответа (pivotal responce treatment), спонтанное обучение и прикладное речевое поведение (applied verbal behavior).

## Основные понятия ABA терапии

Поведение - это активность живого организма. Человеческое поведение включает в себя весь спектр человеческой деятельности. Такие внутренние процессы, как мышление или переживание эмоций, также являются поведением.

Поведение - это взаимодействие организма или его частей с окружающей средой, которое характеризуется перемещением в пространстве или во времени, в результате которого происходит изменение в любом из измеряемых аспектов окружающей среды. Часто термин поведение используется для обозначения широкого класса реакций, которые объединены физически или функционально. В этом случае термин реакция означает единичный ответ в целой цепочке поведения. Если группа реакций имеет одну и ту же функцию, то эта группа называется функциональным классом реакций. Для обозначения набора различных поведений одного человека используется термин - поведенческий репертуар. Он может относиться только к определённому классу реакций, которые имеют отношение к конкретной ситуации, или к каждому виду поведения, которое человек в состоянии совершить.

Оперантное поведение определяют его последствия. Обусловливание оперантного поведения - это результат подкрепления (усиления) и наказания (ослабления). Оперантное научение происходит, когда живой организм добровольно совершает некоторое действие специально для получения желаемого результата. Термин «оперантное» подчёркивает тот момент, что окружающая среда обуславливает действия организма по достижению желаемого результата. Пример оперантного научения: когда человек знает, что усердная работа может привести его к продвижению по службе, или когда тщательное изучение материала приведет к высоким оценкам.

Окружающая среда - это целое созвездие условий, в котором существует организм. Она включает в себя как внешние, так и внутренние события организма, но при этом учитываются только реальные физические события. Окружающая среда наполнена стимулами. Под стимулом подразумевается «сигналы, которые влияют на организм через клетки его рецепторов.

Стимулы могут быть описаны через такие качества:

 Формальные - физические характеристики стимула.

 Временные - то, когда они возникают по отношению к поведению.

 Функциональные - через тот эффект, который они оказывают на поведение.

Подкрепление - один и важнейших принципов возникновения поведения и ключевой элемент в большинстве поведенческих программ. Это процесс, с помощью которого целевое поведение усиливается; если подкрепление следует сразу после поведения, то это приводит к увеличению частоты такого поведения в будущем.

Положительное подкрепление - после поведения добавляется некоторое событие, и такое добавление приводит к увеличению возникновения этого поведения в будущем.

Отрицательное подкрепление - после поведения в окружающей среде что-то исчезает, и это также приводит к увеличению частоты появления этого поведения в будущем. Есть несколько различных схем подкрепления, которые по разному влияют на возникновение поведения в будущем.

Ослабление - это процесс, который следует сразу за поведением, и уменьшает вероятность возникновения этого поведения в будущем. Как и с усилением, существует положительное ослабление (после поведения что-то добавляется в окружающей среде) и отрицательное ослабление (после поведения в окружающей среде что-то исчезает). В общем и целом, существует три типа наказания: возникновение неприятных последствий поведения, стоимость реакции и тайм-аут. На практике применение наказания часто может сопровождаться нежелательными эффектами, поэтому используются только вместе с процедурами подкрепления (например, подкрепления поведения, альтернативного нежелательному), в одиночку, как таковые, они плохо работают. Нежелательные последствия применения процедур наказания могут заключаться, например, в том, что возрастают различные другие нежелательные формы поведения (не те, за которые наказывали) и при этом снижается желательное поведение. Некоторые другие потенциальные нежелательные эффекты включают в себя избегание и действия в обход нежелательных последствий (уклонение), разного рода эмоциональные реакции и даже, наоборот, к временному усилению поведения.

Угасание реакции - это технический термин для описания процедуры прекращения подкрепления того поведения, которое до этого усиливалось, после чего целевое поведение угасает, (то есть перестаёт повторяться с той же частотой в будущем) (Купер и др.). Процедура угасания реакции часто предпочтительнее чем процедуры наказания, которые часто считаются неэтичными и во многих штатах США запрещены. Тем не менее процедура угасания реакции должна выполняться осторожно и только под наблюдением профессионалов, так как она сопровождается так называемым «взрывом». «Взрыв» - это временное увеличение частоты, интенсивности и/или продолжительности поведения, предназначенного для угасания. Другие характеристики взрыва включают в себя

а) сильные эмоциональные реакции, в том числе агрессию и истерики,

б) появление новых видов поведения, которых обычно не было до процедуры угасания. Эти новые типы поведения являются основным компонентом процедуры формирования реакции.

Речевое поведение

Система классификации анализа поведения Скиннера была применена для лечения целого ряда коммуникативных расстройств. Скиннер выделил несколько видов вербальных оперантов:

 Такт (англ. TACT) - называние предметов, упоминание действий, свойств предметов или событий в окружающей среде, например, «Холодно!», или «Кошка!», или «Птичка полетела». Термин произошёл от слова «контакт», так как он подразумевает контакт с каким-либо свойством окружающей среды, которое и вызывает эту вербальную реакцию.

 Манд - это вербальные реакции, под которыми, в первую очередь, подразумеваются просьбы о конкретных предметах или о помощи, а также отказ от конкретных предметов или действий. В отличие от реакции «такт», которая является направленной на взаимодействие, привлечение внимания другого человека или способом разделить с другими общие впечатления, «манд» имеет под собой прямую выгоду, то есть получение какого-то предмета или действия. Это поведение находится под контролем тех мотивационных операций (хочу чего-то), которые подкрепляют именно это поведение (получил тот предмет, который просил). Термин «манд» происходит от слов «команда» (command) и «требование» (demand).

 Интравербальность - речевое поведение клиента находится под речевым же контролем окружающих.

 Автоклитичность - вербальные реакции одного говорящего, которые меняют эффект от воздействия первичного обусловливания из окружающей среды.

Повторяемость

Это свойство реакции. Реакция может происходить неоднократно в течение времени. Подсчитать и записать это свойство можно по таким параметрам:

 Счётность - сколько раз происходила определённая реакция/поведение.

 Периодичность/частота - количество реакций в промежуток времени.

 Ускорение - то, как меняется частота реакций со временем.

Временная протяжённость

Это свойство указывает на то, что каждый акт поведения занимает некоторое количество времени, то есть как долго он происходит. Измерить его можно по такому параметру как:

 Продолжительность - сколько по времени длилось конкретное поведение.

Временное местоположение

Любая реакция/поведение происходит в определённый момент времени. Параметры временного местоположения таковы:

 Быстрота реакции - время между предшествующим стимулом и началом ответной реакции на него.

 Время между реакциями - количество времени, которое проходит между двумя следующими друг за другом реакциями

Производные величины

Не относятся к каким-то конкретным свойствам.

 Процентное соотношение - отношение двух одноразмерных величин друг к другу.

 Количество попыток до достижения критерия качества - число реакций, которое нужно, чтобы достигнуть заданный уровень качества выполнения задания.

Терапия в рамках прикладного анализа поведения представляет собой обучающую программу, которая основывается на поведенческих технологиях и методах обучения. При этом подходе все сложные навыки: речь, игра, умение совершать моторные действия, умение смотреть в глаза и др. - разбиваются на мелкие блоки - действия. Каждое действие разучивается с ребенком отдельно, затем действия соединяются в цепь, образуя сложное действие. Взрослый при этом достаточно жестко управляет деятельностью ребенка. Правильные действия закрепляются до автоматизма; неправильные - строго пресекаются. Для достижения желаемого поведения специалисты используют подсказки и стимулы (как положительные, так и отрицательные). В рамках проработанных в прикладном анализе поведения обучающих программ ребенок всегда ведомый: его свобода и инициативность ограничены выбором обучающего взрослого. При этом для каждого ребенка составляется индивидуальный план поэтапного развития.

В заключение главы отметим, что в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10), принятой в нашей стране, аутизм определяется как одно из расстройств, которое характеризуются нарушениями коммуникативных функций в социальном взаимодействии, ограниченным, стереотипным кругом интересов и возможностью осуществления определенных видов деятельности. Практически во всех случаях психическое развитие ребенка нарушено еще в младенчестве, но крайне редко эти нарушения проявляются в течение первых пяти лет жизни.

У мальчиков расстройство развивается несколько чаще, чем у девочек. Учитывая, что данное расстройство является комплексным, следовательно и коррекционная деятельность также должна носить комплексный характер.

На сегодняшний день известны четыре принципиальных методологических подхода, следуя которым можно добиться вполне приемлемых результатов в области коррекции расстройства аутистического спектра. Концептуальную основу данного процесса составляют следующие методики: АВА, ТЕАССН Son-rise, предметотерапия (стимуляция и сенсорная интеграция).

## Глава 2. Современные представления о поведении аутичных детей и коррекционной работе

## .1 Понятие «поведение», его значение в психологии

Значительные успехи по выяснению природы человеческого поведения были достигнуты в начале XX в. Впервые основоположником бихевиоризма Джоном Уотсоном было провозглашено, что душа человека является принципиально непознаваемой, а человеческое поведение есть проявление двухзвенной схемы: (S - R) стимул - реакция. Данное заявление было закреплено открытием Владимиром Бехтеревым «сочетательного рефлекса» или, в терминах экспериментальных исследований Ивана Павлова, «условного рефлекса», которые на целые десятилетия были объявлены фундаментальными постулатами для объяснения поведенческих реакций.

В начале 30-х гг. американский психолог Эдвард Толмен пришел к заключению, что направляющим началом поведения является цель человека, а связи между стимулом и реакцией являются не прямыми, а опосредованными через «промежуточные переменные»: цель, ожидание, гипотезу, знак и его значение, когнитивную картину мира.

Важный вклад в изучение поведения личности привнесла гештальтпсихология, ярким представителем которой является Курт Левин. Он писал, что для объяснения поведения необходимо определить действующую целостную ситуацию, представляющую структуру поля и состояние личности. Важно выявить саму эту ситуацию и то как она представлена в субъективном восприятии действующих в ней людей.

Опираясь на зарубежные исследования неофрейдистских школ придающих области бессознательного решающую роль в регуляции поведения, некоторые авторы пытались объяснить разрыв между поведением и осознанием через бессознательные регуляторы. Это работы Б.Ф. Поршнева, В.В. Налимова, В.П. Трусова.

Поведение - это присущее живым существам взаимодействие со средой, опосредованное их внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью.

Поведение также трактуется как способ реализации доступных индивиду субъект-объектных и субъект-субъектных отношений.

Поведение можно определить как целостную активность человека, направленную на удовлетворение биологических, физиологических, психологических и социальных потребностей.

В поведении как целостном акте можно выделить следующие взаимосвязнные этапы. Во-первых, формирование потребности. Во-вторых, развитие мотивации, выражающейся в мотивационном возбуждении. В-третьих, развитие вегетативных реакций, направленных на обеспечение поведенческой активности, а также субъективных переживаний (эмоций) соответствующей модельности и негативных по знаку. В-четвертых, принятие решения применительно к конкретному состоянию и внешней ситуации. В-пятых, поиск или формирование программы для реализации принятого решения. В-шестых, осуществление этой программы и достижение необходимого результата, снимающего потребность, которая запустила поведенческий акт и развитие эмоций типа специфического по модальности удовлетворения, удовольствия или даже экстаза.

Характер поведения индивида определяется как его индивидуальными (поведенческими) возможностями, так и характером (содержанием) его оценок тех или иных объектов, процессов, явлений окружающего.

В своем поведении человек ориентируется как на потребный результат той или иной потребности, так и на привычные и доступные ему способы поведения, которое всегда имеет индивидуальные черты.

Поведение также является способом самоутверждения, способом отстаивания и реализации индивидом своих жизненных интересов.

Наиболее распространена точка зрения, согласно которой на поведение индивида комбинированно влияют биологические и средовые факторы: индивид генетически предрасположен к определенным поведенческим проявлениям, которые в большей или меньшей степени формируются под воздействием среды.

Поведение является фактором адаптации, которая достигается как путем перестроек внутри организма, так и путем изменений его поведения в окружающем мире.

Мышление и сознание являются способами психического обеспечения поведения, а воображение может становиться видом (виртуального) поведения, если индивид затрачивает на него значительную часть своей психической активности.

К фактам поведения относятся:

все внешние проявления процессов физиологических, связанных с состоянием, деятельностью и общением людей - поза, мимика, интонации и пр.;

отдельные движения и жесты;

действия как более крупные акты поведения, имеющие определенный смысл;

поступки - еще более крупные акты, как правило, имеющие общественное, социальное значение и связанные с нормами поведения, отношениями, самооценкой и пр..

Единицей анализа поведения является поступок.

В поступке проявляется и формируется личность человека. Реализации поступка предшествует внутренний план действия, где представлено сознательно выработанное намерение, есть прогноз ожидаемого результата и его последствий. Поступок может быть выражен:

действием или бездействием;

позицией, высказанной в словах;

отношением к чему-либо, оформленным в виде жеста, взгляда, тона речи, смыслового подтекста;

действием, направленным на преодоление физических препятствий и поиск истины.

При оценке поступка необходимо учитывать систему норм, принятых в данном социуме. Для поступка важен нравственный смысл действия, а само действие следует рассматривать как способ осуществления поступка в конкретной ситуации.

В поступке выделяются следующие компоненты:

мотив поступка (что его направляет);

цели поступка (могут совпадать, частично совпадать или противоречить интересам других людей);

предмет преобразования (сам человек или личность другого человека; этим поступок и отличается от действия);

средства (словесные, практические, наглядные;' прямые, косвенные и др.);

процесс (собственно поступок);

результат (внутри- или межличностные изменения);

оценка (для того чтобы оценить поступок, необходимо знать мотивы).

Далее рассмотрим особенности поведения детей с расстройством аутистического спектра.

## 2.2 Особенности поведения детей с расстройством аутистического спектра

Изучением расстройством аутистического спектра у детей занимались как зарубежные ученые, так и отечественные ученые. Э. Блейлер в 1912 году для обозначения особого вида мышления, регулирующегося эмоциональными потребностями человека и не зависящего от реальной действительности, ввел термин аутизм (от греч. autos - сам).

В.М. Башина выделяет четыре основных этапа в становлении проблемы изучения раннего детского аутизма:этап относится к донозологическому периоду конца XIX- начала XX веков, который характеризуется отдельными упоминаниями о детях, стремящихся к одиночеству и уходу «в себя».этап называется доканнеровским периодом, который приходится на 20-40е годы XX века. В этот период Г.Е. Сухаревой обсуждался вопрос о возможности выявления у детей шизофрении.этап пришелся на 1943-1970 гг. и был ознаменован тем, что синдром раннего детского аутизма был впервые описан американским детским психиатром Каннером (1943г.). И практически в это же время, независимо от Каннера, австрийский психиатр Аспергер описал аутистическую психопатию у детей (1944 г.). В 1975 году М.Ш. Вроно и В.М. Башина рассматривали аутизм как аутистическое состояние, возникающее у ребенка после приступа шизофрении.этап, или как его еще называют, послеканнеровский период характеризуется значительным отходом от позиции взглядов самого Каннера на ранний детский аутизм и приходится на 80-90е годы. В настоящее время существует представление о двух типах аутизма: классический аутизм Каннера и вариант аутизма, в который входят аутистические состояния разного генеза.

Отечественными учеными в разное время были описаны различные типы раннего детского аутизма. В 1967 году С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев впервые представили описание органического аутизма. В 1947, 1970 и 1982 годах внесли вклад в теорию изучения раннего детского аутизма типа Каннера такие отечественные ученые: Г.Н. Пивоварова и В.М. Башина, В.Е. Каган. Ранний детский аутизм в круге постприступной шизофрении рассматривали М.Ш. Вроно, В.М. Башина в 1975 году.

На основе этиопатогенетического подхода К.С. Лебединская выделяет пять вариантов раннего детского аутизма:

РДА при различных заболеваниях центральной нервной системы;

психогенный аутизм;

РДА шизофренической этиологии;

при обменных заболеваниях;

при хромосомной патологии.

Дети с РДА имеют специфические особенности в развитии восприятия и ощущения, мышления и воображения, памяти, речи, эмоционально -волевой сферы, также у них отмечаются страхи как следствие гиперсензитивности.

У детей с РДА отмечается своеобразная реакция на сенсорные раздражители. Эта реакция выражается в повышенной сенсорной ранимости. В связи с повышенной ранимостью дети с РДА склонны к игнорированию внешнего воздействия, у них отмечаются разногласия в реакции, если они вызваны социальными и физическими стимулами. Дети отдают предпочтение разнообразным предметам, а не человеку.

Для детей с синдромом РДА характерно нарушение пространственной ориентации, искажение целостной картины реального предметного мира. Для них имеют значимость звуки, форма и фактура предмета, его цвет, но не сам предмет в целом. Они чувствительны к запахам, окружающие предметы обследуют с помощью обнюхивания и облизывания.

Большое значение имеют для детей с расстройством аутистического спектра тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. Для детей свойственны раскачивания всем телом, однообразные прыжки, они получают удовольствие от разрывания бумаги или ткани, переливании воды или пересыпании песка, любят наблюдать за огнем. При часто сниженной болевой чувствительности у них наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений.

Также у детей с расстройством аутистического спектра отмечается своеобразие памяти: у них присутствует хорошая механическая память, это создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память влияет на стереотипизацию восприятия окружающего мира. Дети могут многократно повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы взрослый, который читает стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст.

Особенности мышления у детей с расстройством аутистического спектра проявляются в трудности переноса навыков из одной ситуации в другую. Ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости.

Интеллектуальное недоразвитие не является обязательным для расстройства аутистического спектра. Дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется.

Особенности в развитии эмоционально-волевой сферы являются ведущими при синдроме расстройства аутистического спектра и появляются уже в скором времени после рождения. При расстройстве аутистического спектра у детей нарушен комплекс оживления, который проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого.

Детей с расстройством аутистического спектра отличает от нормальных детей слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми. Хоть дети и отличают родителей от других взрослых, но они не испытывают и не выражают большой привязанности к ним.

Как известно, в наибольшей степени трудности аутичного ребенка проявляются в нарушении возможности устанавливать и развивать эмоциональные связи с другими, даже самыми близкими людьми. Это обусловлено особыми нарушениями психического развития и особенностью речи.

Рассмотрим классификацию речевых расстройств у детей с расстройством аутистического спектра, которая была составлена К.С. Лебединской, О.С. Никольской.

Нарушения речи варьируются по степени тяжести и по своим проявлениям. В перовом варианте гуление появляется в 2-6 месяцев, лепет в 5-7 месяцев. Первые слова же появляются уже в 8-12 месяцев, то есть раньше, чем у детей с нормальным развитием. Но родители обычно обращают внимание на то, что первые слова ребенка абсолютно не связаны с его потребностями, отсутствуют слова обращения, просьбы. Ребенок словом «мама» может назвать кого угодно и что угодно. Первые слова ребенка с расстройством аутистического спектра обычно сложны по слоговой структуре, производятся с утрированной интонацией, все звуки выговариваются четко.

В скором времени после появления слов у детей появляются первые фразы. Хотя и становление фразовой речи происходит довольно быстро, но такая речь, как правило, не носит конкретного характера.

В возрасте 2-2,5 лет отмечается отставание речи от возрастной нормы. Этому, как правило, предшествует какое-либо соматическое заболевание, психологические травмы или другие отрицательные воздействия, хотя в некоторых случаях никаких значительных причин для такого регресса назвать нельзя. Часть детей практически полностью утрачивает речь, остаются лишь вокализации без обращений, бормотание, иногда, например, при состоянии аффекта, отмечаются эхолалии, которые отражают слышанную ребенком речь ранее, и очень редко отмечаются простые фразы.

Ухудшение речи влечет за собой нарастание трудностей в моторике.
Несмотря на утрачивание внешней речи, внутренняя речь ребенка сохранна и способна развиваться. Только после длительного и внимательного наблюдения можно увидеть эту особенность речи ребенка с расстройством аутистического спектра. На первый взгляд может показаться, что ребенок совсем не понимает обращенную к нему речь, так как он далеко не всегда и не сразу выполняет речевые инструкции. Однако многое зависит от ситуации. Так при непроизвольном аффективном внимании ребенка речь понимается им лучше, чем при прямом обращении к нему. Кроме того, такие дети часто не имеют возможности выполнить просьбу или указание взрослого в следствие моторного недоразвития, недостаточной целенаправленности и невозможности сосредоточения внимания. Однако, даже при медленной реакции на речь взрослых у ребенка в последующем в поведении и деятельности отмечается, что сказанная информация взрослого в той или иной мере учитывается ребенком.

Второй вариант. В этом случае отмечается задержка в становлении речи. Гуление появляется в 3-5 месяцев, лепет в 5-11 месяцев, а иногда даже отмечается его отсутствие. Первые слова начинают появляться от 1 года или от 1года 2 месяцев и до 3 лет. Эти слова не имеют даже малейшего характера обращения, а представляют собой лишь стереотипный набор слов-штампов.

Типичными для этого варианта речевого развития являются стойкие нарушения звукопроизношения, перестановка звуков в словах, замедленный темп речи, только в редких случаях отмечается ускоренный темп. В связи с понижением психического тонуса у ребенка с ранним детским аутизмом не возникает побуждений к речевой деятельности, поэтому его словарный запас накапливается медленно, за счет механического запоминания и закрепляется благодаря склонности ребенка к стеореотипиям. У такого ребенка сильно затруднено развитие фразовой речи, спонтанные фразы аграмматичны, то есть в речи не употребляются предлоги, слова не изменяются по родам и числам, глаголы в речи встречаются преимущественно в неопределённой форме, прилагательные практически отсутствуют. У детей с расстройством аутистического спектра отмечаются особенности в употреблении личных местоимений. Так личное местоимение «Я» не используется ребенком в речи, о себе ребенок говорит во втором или третьем лице. С возрастом у детей накапливается большое количество речевых штампов, цитат из любимых стихов, песен, сказок. Такая речь не связана с окружающей обстановкой и употребляется детьми вне зависимости от ситуации. Только после длительной коррекции дети начинают использовать речевые штампы более или менее к месту.

У детей с третьим вариантом речевого развития отмечается иной характер нарушений речи. Основные этапы развития речи наступают раньше, чем у здоровых детей: первые слова появляются с 6 до 12 месяцев, первые фразы - от 12 до 16 месяцев. Родителей обычно радует, что у ребенка быстро растет словарный запас, фразы сразу становятся грамматически сложными, удивляет способность к самостоятельным полноценным рассуждениям.
В последствие отмечается интересная особенность детей с РДА: при владении, казалось бы, большим лексическим запасом, с ребенком фактически невозможно поговорить. Это связано с тем, что речь таких детей стереотипна, она, как бы, отражает речь взрослых.

Дети запоминают и проявляют интерес только к эмоционально насыщенно речи, которая соответствует по своему содержанию интересам и увлечениям ребенка. Для детей характерны длинные монологи эффективно значимые для ребенка темы, тогда как в диалоге он оказывается неспособным к активному речевому взаимодействию с собеседником. В спонтанной речи ребенка используются правильные, сложные грамматические конструкции. Заимствованные штампы употребляются всегда в соответствии с ситуацией.

У детей отмечается повышенное внимание к звуковой структуре слова. Ребенок с большим интересом заменяет отдельные звуки в слове, переставляет слоги, и его не интересует смысл полученного слова. Отмечается любовь к словотворчеству.

Дети с данным вариантом речевого развития хорошо понимают обращённую речь, но не всегда активно выполняют речевые инструкции, а иногда и вовсе отказываются от выполнения их. Это зависит от содержания инструкции, направленности собственных интересов и влечений ребенка. Характерны внешние особенности речи: напряженность голоса, повышение его высоты к концу фразы, быстрый темп, обрывание слов в окончаниях, пропуски и замена звуков, нечеткое, смазанное произношение их. Иногда речь толчкообразная, скандированная. Дети легко перенимают эмоционально насыщенные интонации взрослых. На особенностях звукопроизношения, темпа и плавности речи сказывается повышенный мышечный тонус.

Четвертый вариант. У этих детей раннее речевое развитие приближено к возрастной норме. В возрасте 2-2,5 лет речевая активность резко снижается, отмечается регресс речи, однако, к полному мутизму это не приводит. Речевое развитие ребенка с РДА как бы приостанавливается до 5-6 лет. Это приводит к резкому обеднению активного словаря. Речь становится схожей с речью лиц с умственной отсталостью. В этот период фразовая речь практически исчезает. На заданный вопрос ребёнок эхолалически повторяет только что сказанное взрослым речевое высказывание.

Несмотря на то, что ребенок очень мало говорит, можно выяснить, что у него развит пассивный словарь, который соответствует возрастной норме или даже превосходит ее. Довольно часто у детей, имеющих ранний детский аутизм, отмечаются нарушения в звукопроизношении. Хотя в эмоционально насыщенной ситуации ребенок оказывается способным произнести все звуки и сложные звукосочетания правильно и четко. Детям характерна высокая чувствительность к структуре слова. У них никогда не отмечаются нарушения порядка слогов или их замены. Темп и плавность речи могу быть изменены, чаще встречается его замедление, чем ускорение.

Понимание речи находится на более высоком уровне. Таких детей в большей степени интересует содержание речи, её семантическая сторона. Это проявляется, например, не в увлечении стихами вообще, а именно стихами, которые насыщены эмоциональным ритмическим строем. Развивающаяся фразовая речь страдает аграмматизмами. Это отчасти связано с меньшей, чем у других детей с расстройством аутистического спектра склонностью к употреблению готовых речевых штампов, со стремлением к самостоятельной речи. Ребёнок начинает говорить о себе в первом лице несколько позже, чем дети с предыдущими вариантами речевого развития.

В.М. Башиной и Н.В. Симашковой расстройство аутистического спектра рассматривается как нарушение, одним из кардинальных проявлений которого являются нарушения развития речи.

Л. Каннер к одному из проявлений синдрома аутизма отнес искаженное развитие речи с только ему присущим использованием глагольных форм и местоимений по отношению к собственной личности. Им была выделена так называемая запоздалая эхолалия, проявляющаяся в буквальном повторении вопросов с сохранением не только слов, но и интонаций.

В.М. Башина считает, что для детей, страдающих расстройством аутистического спектра свойственны неравномерность созревания речевой и других сфер деятельности, нарушение иерархических взаимоотношений между простыми и сложными структурами в пределах каждой функциональной системы.

Отмеченные учеными речевые нарушения такие, как искажение грамматических форм во фразах, отсутствие логической связи между отдельными фразами, фрагментарность, разорванность ассоциаций, характерных для расстройства аутистического спектра, говорят о выраженных нарушениях мышления. У детей присутствует нарушение понимания устной речи, осознания смысла прочитанного, услышанного, что ведет к значительному отставанию в речевом развитии, а это в последствие ведет к социальной отгороженности.

При общении с собеседником речь детей с расстройством аутистического спектра не обращена к собеседнику. В момент речевого высказывания отсутствует экспрессия, жестикуляция, мелодика речи нарушена. Отмечаются звукопроизношения различного характера. Наблюдаются нарушения просодической стороны речи, такие как: неумение модулировать голос по высоте и силе и тональности, нарушение темпа и ритма речи, нет интонационной выразительности в речевом высказывании. Связная речь может быть грубо нарушена на всех уровнях ее развития, могут наблюдаться бессвязность речевого высказывания, неспособность поддерживать диалог с одним и тем же собеседником.

Также у детей с расстройством аутистического спектра отмечаются некоторые особенности в моторном развитии. У большинства детей хорошо развита крупная моторика, однако обнаруживаются затруднения координации, дети выглядят неуклюжими, у них отсутствуют судорожные движения, отмечается моторная неловкость, мелкая моторика отстает от возрастного уровня. Особенности речи у детей с РДА весьма разнообразны, и включают в себя нарушения различного генеза и разного патогенетического уровня. Так у них отмечаются нарушения речи как следствие задержанного развития, нарушения речи в связи с задержанным становлением сознания «Я» в виде неправильного употребления местоимений и глагольных форм, речевые нарушения кататонической природы, психического регресса, расстройства речи, связанные с патологией ассоциативного процесса.

К. Гилберг и Т. Питерс считают, что при расстройстве аутистического спектра имеет место нарушение речи и языка.

При расстройстве аутистического спектра в основании дефекта в большей степени лежит нарушение понимания коммуникации. Основная проблема - ограниченная способность человека понимать значение коммуникации, а именно: обмена информацией между двумя людьми.

Речевые расстройства, будучи в значительной мере следствием нарушений общения, усугубляют затруднения в контакте с окружающим, поэтому работа по развитию речи должна начинаться как можно в более раннем возрасте.

Таким образом, психические и речевые нарушения у детей с расстройством аутистического спектра многогранны и имеют свои специфические особенности. В ходе теоретического анализа литературы по исследованиям расстройства аутистического спектра было выявлено, что у детей отмечаются особенности памяти, мышления, восприятия, воображения, эмоционально-волевой сферы и коммуникативной функции. Тем самым, имея описанные ранее особенности психического и речевого развития, у ребенка с расстройством аутистического спектра нарушена коммуникативная функция и в следствие этого социализация ребенка в обществе.

Далее рассмотрим методики коррекционной работы с аутичными детьми.

## 2.3 Использование методики АВА в коррекционной работе

Рассматривая поведенческие трудности аутичных детей разных групп, остановимся на проблеме проявления агрессии и самоагрессии.

Агрессивные тенденции, так же как и страхи, не должны расцениваться однозначно как отрицательные. С одной стороны, они могут отражать разлаженность поведения ребенка, его расторможенность, проявляться в форме влечений, нести функцию психологической защиты от непереносимых воздействий, исходящих от окружения. Но, с другой стороны, могут свидетельствовать и о положительном росте активности ребенка, представляя собой спонтанные попытки преодоления страха, выхода на контакт с другим. В каждом из этих случаев требуется индивидуальный коррекционный подход.

Проблемы поведения ребенка с расстройством аутистического спектра, во многом обусловлены дефицитом или неправильным распределением психофизического тонуса. Учет значения динамики психофизического статуса ребенка обусловил специальный подход к формированию физической среды, в которой ребенок пребывает. В частности, типовая групповая комната дошкольного образовательного учреждения разделена на зоны: учебная зона, игровая зона, комната для занятий с детьми с полевым поведением, спортивный уголок, «сухой» бассейн и многое другое. Такому ребенку необходимы специальные занятия по моторному развитию или хотя бы включение эпизодов таких занятий в игру. Поэтому в помещении всегда должен присутствовать спортивный комплекс: горка, мячи разных размеров, маты, ленточки, султанчики, различные массажные дорожки, сухой бассейн и специальные спортивные снаряды (шведская стена, кольца, висячие лестницы и т.д.).

Педагоги, работающие с детьми, подбирают игры и упражнения в соответствии с его индивидуальными проблемами: гипер- или гипотонусом, недостаточной координацией движений, неумением держать равновесие и т. д. не выходя за пределы групповой комнаты.

О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг считают, что ребенку с расстройством аутистического спектра, как и любому другому, необходимы постоянные физические нагрузки для поддержания психофизического тонуса, снятия эмоционального напряжения, страхов, негативизма, агрессии и самоагресии. Очень хорошо, если наряду со специальными занятиями физкультурой ребенок будет еще просто заниматься спортом.

Организация рационального двигательного режима является одним из основных условий обеспечения комфортного психологического состояния детей. Кроме того, имеется прямая взаимосвязь, как указывают специалисты, между двигательным ритмом, умственной работоспособностью ребенка и его эмоциональным состоянием. Вредна, отмечают они, как недостаточная, так и излишняя двигательная активность.

Методика АВА заключается в увеличении ценности обучения благодаря использованию подкрепления действий. Чем выше ценность обучения, тем реже ребенок предпринимал попытки избежать выполнения заданий. Мотивация к обучению должна была поддерживаться на таком уровне, чтобы ребенок в дальнейшем хотел заниматься по собственному желанию. Педагогами-дефектологами была разработана серия комплексных мер, которые могли бы позволить преподавателям адаптивной физической культуры изучить учебный контроль без процедуры эмоциональных срывов ребенка.

Эта методика, состоящая из отдельных ступеней, позволила управлять обстановкой, окружающей ребенка в процессе занятий. В результате освоения и применения АВА, у ребенка появляется мотивация проводить время в компании педагога, следовать инструкциям педагога во время занятий.

Суть методики мотивации и контроля ребенка заключалась в следующем:

. Ребенок с расстройством аутистического спектра должен знать, что педагог полностью контролирует предметы игры, в которую он играет. При обучении подвижным играм, экспериментальная группа детей, предпочитающая мячики определенной цветовой гаммы, могла пользоваться этими мячиками после правильного выполнения упражнений, в противном случае, мячики могли быть в зоне видимости ребенка, но на недосягаемом уровне, например, на полочке вверху. Контроль заключался в том, что ребенок понимает, что красный мяч можно получить в том случае, если он научится бросать его в кольцо согласно программе урока.

. Педагог должен был доказать обучаемому, что с ним интересно, и ребенок может ему доверять. Повествовательная речь помогала сообщить ребенку о мыслях и эмоциях педагога, не требуя от него никакой реакции. В процессе занятий педагог озвучивал действия ребенка и свое взаимодействие: «Мы берем красный мяч и бросаем его в кольцо». «Ты молодец»! Мы вместе набираем много баллов при броске!"

. Чтобы сформировать в сознании ребенка связь между педагогом и подкреплением действий, необходимо следовать интересам обучаемого. Ребенок кидал в кольцо именно красный мяч при обучении основам баскетбола, каждое попадание в кольцо поощрялось похвалой и положительными эмоциями.

. Педагог старался показать ребенку, что ему можно доверять. Дети с расстройством аутистического спектра понимают все слова и действия в буквальном смысле, поэтому с данными учениками необходимо говорить то, что думает ребенок и иметь в виду то, что говорит. Прежде чем что-либо потребовать, педагог должен четко знать, что должен выполнить ребенок. При обучении двигательным действиям, четко проговаривалась последовательность его выполнения. Ребенку должно было быть все четко и понятно, важно, чтобы не возникал страх сделать новые движения.

. При обучении следует показывать, что соблюдая инструкцию педагога, ребенок может получить то, что хочет. Ученику давались легкие задания, и поощрялось его стремление участвовать в их исполнении.

. Когда был установлен контроль над предметами и событиями, связанными с предметами, появилась возможность поддержания приемлемого поведения. На занятиях адаптивной физической культурой, при обучении двигательным действиям, поведение ребенка контролировалось: ему разрешалось выполнять любимые движения с четко
обговариваемой инструкцией: «Мы прыгаем на правой ноге, держа спинку ровно». Если ребенок начинал хаотично стереотипно прыгать на двух ногах, педагог терпеливо пережидал момент и возвращался к началу задания, проговорив его снова.

Адаптивное физическое воспитание способствует развитию двигательных навыков ребенка с расстройством аутистического спектра, развитию интереса к различным видам двигательной активности, снятию психоэмоционального напряжения, саморегуляции поведения, развитию целостной и гармонично развивающейся личности. Все занятия по АФВ должны проводится с учетом физической подготовленности, возраста и соматического состояния каждого ребенка. В состав программы включяются упражнения для снятия психофизического тонуса во время общеразвивающих занятий, физкультминутки, упражнения на расслабление, игровые упражнения с предметами и без них, подвижные игры, утренняя гимнастика, психогимнастика, оздоровительные игры, игры малой активности, психотерапевтические прогулки, дыхательная гимнастика, ЛФК (на занятиях по физическому воспитанию), ритмопластика, психогимнастика.

Используя адаптивное физическое воспитание в своей работе, нужно создать, прежде всего условия для психологического комфорта и благополучия детей, снятия психоэмоционального напряжения и агрессивных проявлений не только в условиях коррекционно-развивающих занятий, но и игровой деятельности; не только в условиях образовательного учреждения, но и дома. Коррекционные занятия строятся по принципу чередования различных заданий и игры в строгом соответствии с расписанием на фоне четко дозированного эмоционального тонизирования. В ходе занятий отрабатывается целенаправленное поведение, понимание речи, целенаправленная двигательная активность, преодоление негативизма, тревоги, страхов, а главное преодоление проявлений агрессии по отношению к самому себе и окружающим.

## Заключение

В заключение работы еще раз отметим, что расстройство аутистического спектра сохраняется на протяжении всей жизни человека, но с помощью своевременной диагностики и ранней коррекции можно добиться очень хороших результатов: адаптировать ребенка к общественной жизни, научить его преодолевать собственные страхи, постараться обучить его контролировать свои эмоции.

Диагноз, поставленный до полутора лет, а также своевременно проведенные коррекционные мероприятия, делают возможным выправить ситуацию к началу «школьного» периода. В этом случае учеба в обыкновенной школе станет таким же обычным делом, как и для тысяч других здоровых детей. Дальнейшее обучение в высших и средних профессиональных заведениях также не составит никакой проблемы.

Сложнее ситуация, если ребенок был диагностирован в более позднем возрасте (после 5 лет). В этом случае без необходимой индивидуализации обучения не обойтись, да и дальнейшая жизнь и профессиональная деятельность потребуют создания определенных условий для более или менее успешной реализации личности в обществе.

В соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10), принятой в нашей стране, аутизм определяется как одно из расстройств, которое характеризуются нарушениями коммуникативных функций в социальном взаимодействии, ограниченным, стереотипным кругом интересов и возможностью осуществления определенных видов деятельности. Практически во всех случаях психическое развитие ребенка нарушено еще в младенчестве, но крайне редко эти нарушения проявляются в течение первых пяти лет жизни.

Учитывая, что данное расстройство является комплексным, следовательно и коррекционная деятельность также должна носить комплексный характер.

На сегодняшний день известны четыре принципиальных методологических подхода, следуя которым можно добиться вполне приемлемых результатов в области коррекции расстройства аутистического спектра. Концептуальную основу данного процесса составляют следующие методики: АВА, ТЕАССН Son-rise, предметотерапия (стимуляция и сенсорная интеграция).

В курсовой работе нами была подробно рассмотрена одно из методик коррекции - АВА. АВА - методика поведенческой модификации, имеет место в случаях коррекции тяжелых форм заболевания. Каждое действие детально разучивается с ребенком, затем детали объединяются в цепь, образуя более сложное действие. Взрослый с достаточной степенью жесткости управляет его деятельностью, не отдавая инициативу ребенку. Правильные действия доводятся до автоматизма, неправильные движения строго пресекаются и исправляются. Обычно ребенком одновременно осваивается два-три навыка, не связанных между собой. Педагог выстраивает четкую систему усложнения и поэтапного освоения все новых навыков и движений.

В арсенале АВА существует множество сотен программ, среди них вербальная и невербальная имитация, мелкая и общая моторика, называние предметов, понимание языка, называние действий, классификация. Главная цель АВА - предоставить ребенку средства и позволить ему самостоятельно осваивать окружающий мир.

Обычно по системе АВА ежедневные занятия с ребенком ведут несколько специалистов разной квалификации (музтерапевт, дефектолог по поведенческим навыкам, арт-терпевт и т. п.).

Одной из главных задач специалистов и родителей является развитие самостоятельности у детей с расстройством аутистического спектра. Это непосильно трудная, но реальная в достижении цель: среди аутистов есть конструкторы, программисты, музыканты - люди, которые не только состоялись по жизни, но и весьма в ней преуспели.

Таким образом, подводя итог вышесказанному необходимо сделать ряд заключений, позволяющих систематизировать информацию об этой проблеме, а также выстроить алгоритм исследовательской работы в этой области с возможностью получить достоверные и практико-ориентированные результаты.

. Во многих странах мира детям с расстройством аутистического спектра уделяется должное внимание, достаточно успешно активно исследуются их способности к дальнейшей полноценной жизни, в то время как в России только в недавнем прошлом данное заболевание было обозначено как самостоятельное и приобрело официальный статус в медицинской среде.

. Расстройства аутистического спектра - это комплексная проблема и требует согласованных действий специалистов из области медицины, психологии, педагогики с обязательным участием членов «микросоциума».

. Одним из важнейших условий успешности мероприятий по коррекции расстройства аутистического спектра является его ранняя диагностика: в этом случае возможны положительные результаты в реабилитации коммуникативных способностей ребенка и дальнейшая его адаптация в обществе.

. Клиническая картина проявления расстройства аутистического спектра весьма сложна и требует от исследователя глубокого знания проблемы и ряда специфических качеств: наблюдательности, педагогического такта, терпения, особой психологической подготовленности к контактам с исследуемым контингентом.

. Наличие мировых методик по коррекции расстройства аутистического спектра еще не гарантирует успешность их применения в каждом конкретном случае, потому исследовательское поле открыто для новых попыток решения данной проблемы.

## Список литературы

1. Агаш Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. М. : Теревинф, 2006. С 19.

. Алявина Е.А., Морозова С.С., Морозова Т.И. Аутизм: практические рекомендации для родителей. - М., 2012. - 28с.

. Аутичный ребенок: пути помощи [Текст] / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. - М. : Теревинф, 1997. - 341,[1] с.

. Баенская Е.Р. «Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст)». М.: Теревинф, 2007 - 108с.

. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Исцеление: Альманах - 1993.- с. 154-165

. Бетельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я: Пер. с англ. М.: Академический Проект: Традиция, 2004.- 784 с.

7. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. Электронный документ. Режим доступа: <http://www.samomudr.ru/d2/Gilberg%20K.,%20Piters%20T.%20Autizm%20medicinskie%20i%20pedagogicheskie%20aspekty.pdf>

. Дети с нарушениями общения / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и др. М.: Просвещение, 1989. - 112с.

. Детский аутизм: хрестоматия / подред. Л.М. Шипицына. - СПб.: Международный университет семьи и ребенка им Р. Валленберга, 1997.- 254с.

. Каган В.Е.Эпидемия детского аутизма? Ассоциация детских психиатров и психологов (Москва), VeriCare (Dallas, USA). Электронный документ. Режим доступа: <http://www.osoboedetstvo.ru/files/book/file/kagan08.pdf>

. Как научить ребенка с аутизмом учиться. Практическое руководство для педагогов и специалистов образовательных учреждений. Составитель: Паллот Э.М. Пер. с англ. - Пермь, 2004. - 85с.

. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. - М.: Теревинф, 2003. - 70 с.

. Ковалев В.В. Синдромы раннего детского аутизма // Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1979. - С. 33-41

. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: Начальные проявления. М.: Просвещение, 1991. - 53 с.

. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: Академия, 2004. - 144с.

. Лечебная физкультура и массаж. Методики оздоровления детей дошкольного и младшего школьного возраста: практическое пособие / Г.В. Каштанова, Е.Г. Мамаева, О.В. Сливина и др. М., 2006. - 88с.

. Лорна Уинг и её вклад в исследование аутизма. Электронный документ. Режим доступа: http://www.aspergers.ru/node/292

. Маккернен Т., Мортлок Дж. Аутизм: Практическое руководство для персонала / Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам и молодым инвалидам. Минск: Белорусский Экзархат Белорусской православной церкви, 2000. С. 11.

. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. Ростов н/Д: Феникс, 2000. - 576с.

. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И.И. Мамайчук. Спб.: Речь, 2007. - 288с.

. Международная классификация болезней десятого пересмотра МКБ-10 (принята 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения). Система ГАРАНТ: http://base.garant.ru/4100000/#ixzz4QraalMFr <http://base.garant.ru/4100000/>

. Миттельдорф У. и др. Игровая терапия с детьми, страдающими аутизмом. / Новые направления в игровой терапии. Под ред. Г. Лэндрет. М. 2014. - 91 с.

. Морозов С.А. Детский аутизм и основы его коррекции. - М., 2008. - 127 с.

. Морозов С.А., Морозова Т.И., Белявский Б.В. К вопросу об умственной отсталости при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2016. Том 14. № 1. С. 9-18.

. Никольская О.С, Баенская Е.Р., ЛиблингМ.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Н62 Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение.- М: Теревинф, 2005.- (Особый ребенок).- 224 с.

. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма / О.С. Никольская.- М. : Центр лечебной педагогики, 2000. - 362 с.

. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. М.: Наука-пресс. 2011. - 178 с.

. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. Пер. с англ. - СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999, - 192 с.

. Портал психологических изданий PsyJournals.ru - <http://psyjournals.ru/autism/2016/n1/morozov\_morozova.shtml> [К вопросу об умственной отсталости при расстройствах аутистического спектра - Аутизм и нарушения развития - 2016. Том. 14, № 1]

. Руководство по диагностике и статистике психических расстройств пятого пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V). Режим доступа: <http://psychiatr.ru/files/magazines/2013\_06\_wpa\_648.pdf>

. Татарова И.Н. Медицинские аспекты комплексной помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Материалы Международной научно-практической конференции «Организация психолого-педагогической и медико-социальной помощи лицам с расстройствами аутистического спектра». М., 2009. С. 57-60.

. Феррари П. Детский аутизм; пер. с фр. О. Власовой. - М.: РОО “Образование и здоровье”, 2006. - 127с.

. Черепкова Н. В. Возможности прогнозирования конституционально-типологической недостаточности у детей в дошкольном возрасте // Научно-методический электронный журнал «Концепт». - 2013. - Т. 3. - С. 3296-3300. - URL: <http://e-koncept.ru/2013/53665.htm>.

. Черепкова Н.В. Индивидуально-типологические особенности детей, имеющих нарушения речи [Электронный ресурс]. - URL: http:// www.scienceforum.ru/2013/294/4628

. Черепкова Н.В. Особенности формирования отношения и осознания собственных нарушений детьми с отклонениями в развитии [Электронный ресурс]. - URL: http://www.scienceforum.ru/2013/294/4615

. Черепкова Н.В. Психологическая диагностика и прогнозирование конституционально-типологической недостаточности у детей в дошкольном возрасте: дис. канд.психолог. наук / Н.В. Черепкова ; Ставропольский гос. ун-т. -Ставрополь, 2013.-176 с.

. Шрамм Р. Детский аутизм и ABA. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013