Особенности организации психолого-медико-педагогического обследования ребенка с РАС.

 Материалы подготовила педагог-психолог Макаревич Е.Н.

Чаще всего аутичного ребенка впервые приводят на прием к специалистам, когда он достигает 3-5 лет. В большинстве случаев детский аутизм выявляется сейчас именно в этом возрасте. Изучение аутичных детей представляет особые сложности из-за трудностей установления с ними взаимодействия на адекватном уровне. Поэтому особое внимание следует уделить организации обследования. На начальном этапе нереально ставить задачу выявления возможностей ребенка путем направленного обследования: часто он *не вступает в контакт, не удерживается в ситуации обследования, не следует инструкциям*, не включается в разговор, может не вовлекаться в любимые другими детьми игры, в рисование. Поэтому, особенно в начале диагностики, надо стараться более детально присматриваться к тем особенностям ребенка, которые можно увидеть, не вступая в прямой контакт. На этом этапе важнее всего уметь наблюдать и делать из этих наблюдений выводы. Наблюдение позволяет получить достаточно объективную информацию о том, каковы особенности взаимодействия ребенка с окружающим миром, что он любит и умеет делать спонтанно. На основании анализа данных наблюдения мы сможем выработать гипотезы, касающиеся того, как мы видим ребенка и как мы будем строить дальнейшую работу с ним.

***Для получения специалистами адекватного представления о развитии ребенка рекомендуется:***

1.Более гибкая организация обследования, чем обычно.

2.Приносить для начала обследования ребенка из дому знакомые пособия, представлять ситуацию обследования для ребенка, как привычную (поход в гости, в садик и т. п).

3.В процессе обследования не торопиться с прямым обращением к ребенку.

4.Предоставить ребенку максимально времени для освоения пространства, проявления возможностей собственной инициативы.

5.Определить индивидуально необходимое конкретному ребенку сочетание прямых, произвольных и опосредованных способов организации.

6.Осторожное введение вербальной характеристики, особенно в начале обследования.

7.Делать упор на опосредованную организацию ребенка с помощью среды, когда сама структура пространства, инструмент, игрушка провоцирует его на выполнение задания.

8.Прежде всего, дать проявить себя ребенку в ситуации, хорошо организованной зрительным полем, -в невербальных задачах дополнения, соотнесения, сортировки, конструирования. В данных ситуациях аутичный ребенок может иметь успех.

9. Подключаться к деятельности ребенка, оценивать способность ребенка подражать, использовать подсказку, принимать различные виды помощи, устанавливать вербальное взаимодействие.

10.При структуировании взаимодействия учитывать наличие развитой речи у ребенка, особой интеллектуальной направленности.

11.После организации внимания с помощью использования стереотипных интересов ребенка возможен переход к усложнению взаимодействия с ребенком.

**Условия наблюдения:**

• помещение — среда должна быть организована таким образом, чтобы можно было предоставить ребенку максимальную возможность контакта с различными предметами, чтобы ему было чем заняться, было из чего выбрать (поэтому тесный кабинет, где есть только стол и несколько игрушек, — не лучший вариант/это больше подходит для начала обучения). Обстановка комнаты должна быть продумана так, чтобы многое в ней могло «спровоцировать» внимание и интерес ребенка. Для этого в комнате должны быть мячи, мягкие игрушки, конструктор, кубики, мыльные пузыри, куклы, пирамидки, пазлы-вкладыши (типа доски Сегена), игрушечный транспорт, музыкальные игрушки, батут, шведская стенка, детская посуда, книги, принадлежности для рисования и т.д.).

Хорошо, если у Вас есть возможность наблюдать за ребенком, когда он один в комнате (например,при помощи зеркала, прозрачного с одной стороны; или при помощи скрытой камеры).

• наличие средств для фиксации данных наблюдения — бланк на планшете или тетрадь, диктофон, лучше всего — видеокамера. Важно не опираться на субъективные впечатления и по возможности пытаться сделать процесс наблюдения *как можно более* *объективным,* поскольку многое забывается, и, кроме того, расхождения во мнениях неизбежны;

• желательно наличие второго наблюдателя — например, один из специалистов пытается контактировать с ребенком, предлагает ему разные предметы и виды деятельности и т.д., другой в это время фиксирует параметры поведения.

 Самой важной задачей первой встречи с ребенком является *определение его общего эмоционального состояния, особенностей его контакта с Вами и со средой*. Отметим, что диагностические занятия должны продолжаться до тех пор, пока мы не получим максимально полное представление о спонтанном поведении ребенка, о его реакции на различные раздражители, об имеющихся формах контакта с окружающим и т.д.

*Рекомендуется учитывать следующие параметры, дающие информацию о возможностях ребенка в спонтанном поведении и в создаваемых ситуациях взаимодействия:*

* особенности вхождения ребенка в новое помещение (надо отметить, перемещается ли он по всей комнате, или предпочитает находиться в каком-нибудь одном либо нескольких местах, меняется ли его мимика, пластика, характер вокализации, требуется ли в это время тактильный контакт с мамой, есть ли реакция на незнакомых и др.);
* дистанция общения ребенка со взрослым: насколько близко ребенок сам приближается к взрослому и насколько близко подпускает его;
* можно ли взять ребенка на руки и как он при этом сидит (напряженно, карабкается, приваливается);
* как ребенок относится к тактильному и глазному контакту: смотрит ли в лицо и как долго; заглядывает ли он в глаза, обращает ли внимание на то, что происходит рядом; встречается ли он случайно с кем-то взглядом;
* как ведет себя с близкими и как с незнакомыми;
* насколько он может отпустить от себя маму;
* при оценке речевых проявлений ребенка необходимо понять, мутичен ли он или способен пользоваться речью, а если способен, то направлена ли его речь на коммуникацию и в какой степени связана с ситуацией; надо также оценить запас слов, чистоту их произношения, характер аграмматизмов, возможность использования форм первого лица, развернутость всей речи.
* более приемлемая для ребенка дистанция общения;
* раздражает ли ребенка, что внимание матери отвлекает на себя посторонний человек, пытается ли ребенок при этом увести ее;
* покорно ли ребенок терпит все на руках у матери;
* излюбленные занятия, когда он представлен сам самому себе;(бродить по комнатам, забираться на подоконник и смотреть в окно, что-то крутить, перебирать, раскладывать, листать книгу);
* предметная и игровая деятельность, способы обследования окружающих предметов: рассматривает; обнюхивает; тащит в рот; рассеянно берет в руку, не глядя, и тотчас бросает; смотрит издали боковым зрением ;
* как использует игрушки, предметы обихода в соответствии с их функцией, (обращает внимание на какие-то детали; крутит колеса машины, бросает крышечку от кастрюли; трясет веревочку; манипулирует игрушкой для извлечения какого-либо сенсорного эффекта(стучит, грызет, кидает); проигрывает элементы сюжета(кладет куклу в кровать, кормит, нагружает машину, строит из кубиков дома));
* общее впечатление от пластики ребенка, особенностей его мимики, типичных поз;
* соотношение общей ловкости ребенка и точности в действиях рук;
* наличие или отсутствие моторных стереотипий, поглощенность ребенка ими;
* наличие каких-либо стереотипов бытовых навыков, насколько они развернуты, насколько жестко привязаны к привычной ситуации: выявляются проблемы, связанные с опрятностью: может ли ребенок терпеть, пользоваться незнакомым туалетом и др.; отмечается, как может есть ребенок (кусает, роняет, обнюхивает и др.);
* определяется, брезглив ли ребенок, как он реагирует на пролившийся на стол чай, липкие руки, запачканное лицо, пятно на одежде и т. д.
* поведение ребенка в ситуациях дискомфорта, страха, легкость возникновения страха: замирает; возникают панические реакции, агрессия, самоагрессия, обращается к близким, жалуется, усиливаются стереотипии, стремится проговорить или повторить травмировавшую ситуацию;
* реакция на физический дискомфорт (голод, усталость, боль): проявляется ли переживание дискомфорта, насколько оно фиксируется, как ребенка можно утешить и др.;
* как ребенок реагирует на запрет: игнорирует, пугается, делает на зло, возникает агрессия, крик;
* как легче его успокоить при возбуждении, при расстройстве: взять на руки, приласкать, отвлечь (любимым лакомством, привычным занятием, уговорами);
* поведение при радости: возбуждается, усиливаются двигательные стереотипии, стремится поделиться своим переживанием с близкими;
* внимание ребенка, насколько долго можно сосредоточить внимание ребенка и на чем: на игрушке, книге, рисунке, фотографиях, мыльных пузырях, свечке или фонарике, возне с водой и т. Д. ;
* взаимодействие ребенка со взрослым, как ребенок относится к включению взрослых в его занятие (уходит, протестует, принимает, повторяет какие- то элементы игры взрослого или отрывки его комментария);
* выясняется реакция на похвалу, неодобрение и т. Д.

Затем, в зависимости от того, как ребенок воспринимает ситуацию, идет ли он на контакт, можно провести обследование для более детального анализа уровня развития ребенка и его потенциальных возможностей.

 Первые предлагаемые задания должны быть максимально близки по содержанию и по сложности к тому, что ребенок может делать самостоятельно (об этом Вы можете судить по результатам наблюдения). Это позволит Вам уменьшить вероятность негативного отношения ребенка к требованиям со стороны взрослого. Например, если ребенок сам брал карандаш и рисовал по бумаге, то в качестве первого задания можно было просить ребенка нарисовать что-нибудь. Если же он, как Вы наблюдали, самостоятельно разбирал и собирал пирамидку, Вы можете попросить его сделать это уже по Вашей инструкции.

Учитывая возможности ребенка, предположении о которых Вы могли сделать по результатам беседы с родителями и наблюдения, не следует давать ребенку задания, с которыми он не сможет справиться.

Основная цель первого направленного обследования — *выяснить, способен ли ребенок концентрировать внимание на другом человеке (спонтанно или по требованию); как он реагирует на вмешательство другого в его действия.*

В целом процедура психолого-педагогического изучения аутичных детей предполагает выделение трех этапов.

***Первый этап — сбор психологического анамнеза.***

***Второй этап — определение уровня нарушений эмоционально-волевой сферы.***

***Третий этап посвящен изучению особенностей познавательной сферы аутичных детей.***

*При диагностике детей с РДА большую значимость приобретают:*

* *анамнестические данные об особенностях развития ребенка;*
* *данные, полученные в процессе опроса родителей, специалистов, работающих с ребенком;*
* *данные, полученные в процессе наблюдения за ребенком в различных ситуациях общения и деятельности.*

***Первый этап. Сбор психологического анамнеза***

В начале работы психолог изучает историю развития ребенка, анамнестические данные, знакомится с работами и продуктивным творчеством ребенка, беседует с его близкими. Важно определить, как развивался ребенок с первых дней жизни. При этом огромное значение имеют сведения, полученные от родителей, в первую очередь от матери. Специалисту необходимо знать, как ребенок привыкал к режимным моментам в раннем детстве, был ли слишком возбудимым или, наоборот, не реагировал на изменения обстановки; когда начал узнавать маму и отвечать ей улыбкой; имел ли место «комплекс оживления» на первом году жизни и как он протекал. Следует установить, как реагировал ребенок на близких и чужих в раннем возрасте, спокойно ли шел на руки к чужим или выражал при этом беспокойство, и что изменилось в настоящий момент; какой была реакция ребенка на мокрые пеленки и «чужой» горшок; отмечают ли близкие особую избирательность и стереотипность ребенка в еде, одежде, организации домашнего быта. Необходимо также узнать, возникали ли у ребенка двигательные стереотипии, навязчивость и агрессивные проявления. Важно также знать, чем увлекается ребенок, в какие игры играет, использует ли при этом неигровые предметы (палочки, веревочки, бумажки и др.), чему отдает предпочтения — игрушкам или неигровым предметам, играет ли ребенок всегда один или возможна совместная игра; каков мир игровых сюжетов ребенка. Изучая продукты деятельности ребенка, специалисту важно отметить связь изображаемого ребенком с предметным миром, его предпочтения и увлечения, статичность или динамику рисунков, особую «фантастичность» внутреннего мира ребенка.

 **Второй этап. Определение уровня нарушений эмоционально-волевой сферы (вариант РДА по О.С.Никольской)**

Целью этого этапа является определение типа аутистического дизонтогенеза ребенка. Она достигается с помощью наблюдения за поведением и спонтанной деятельностью ребенка, что позволяет на начальном уровне оценить возможные нарушения эмоционально-волевой сферы. Затем в зависимости от демонстрируемых возможностей ребенка специалист может строить дальнейшее изучение его уже в результате установления контакта и организации взаимодействия с ним.

Основной задачей второго этапа изучения аутичных детей является определение типа аутистического дизонтогенеза с помощью установления адекватно-возможных отношений между ребенком и взрослым. Адекватность контакта зависит от степени нарушения аффективной сферы ребенка. Формой организации взаимодействия может стать произвольная деятельность ребенка и подключение к ней взрослого. При соответствующем уровне развития ребенка такая совместная деятельность может перерасти в игру. В том случае, если совместную игру не удается сформировать, специалист организует пространство кабинета таким образом, чтобы с помощью предъявляемых ребенку предметов по возможности руководить его поведением и деятельностью.

С другой стороны, изучение процесса развития игровой деятельности ребенка также позволит выявить нарушения его аффективной сферы. Так, например, важно обратить внимание на то, как действует ребенок с предметами, носят ли манипуляции аутостимуляторный характер, использует ли он предметы по игровому назначению или придает им другие смыслы; проигрывает ли короткие сюжетные эпизоды (взял мишку, положил в машинку, прокатил); испытывает ли влечение к проигрыванию сюжетов, связанных с переживанием страхов; проявляет ли интерес к исполнению ролей с перевоплощением в животных. Оценивая особенности эмоционально-волевой и коммуникативно-потребностной сфер аутичного ребенка, следует опираться на основные критерии аутистического дизонтогенеза, выделенные в классификации О. С. Никольской.

***Первый тип аутистического дизонтогенеза*** (уровень полевой реактивности):

повышенная отрешенность от окружающего мира,

 отказ от любых контактов;

выраженная пассивность к сенсорным раздражителям (вложенный в руку ребенка предмет или игрушка выпадает из нее);

отсутствие зрительного контакта (взгляд не фиксируется на собеседнике, а плавно ускользает);

наличие «полевого» поведения;

мутизм, отсутствие потребности в вербальных контактах любого характера;

проявление вычурности двигательных поз.

***Второй тип аутистического дизонтогенеза (уровень стереотипов):***

выраженная чувствительность к воздействиям окружающей среды (силе голоса, света, температуре, прикосновениям);

активное отвержение мира в виде аутостимуляций;

обилие моторных стереотипии;

наличие речевых штампов, эхохалий, речевых стереотипии;

 проявление требовательности к организации стереотипной среды обитания (проявляется в особой избирательности в еде, в ношении только какого-то одного вида одежды, в пользовании только какими-то отдельными предметами и т.д.);

наличие страхов;

автономная игра.

***Третий тип аутистического дизонтогенеза (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 «cKBQ3b» человека.

***Четвертый тип аутистического дизонтогенеза (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.

***Третий этап. Изучение особенностей познавательной сферы аутичных детей***

В своей работе психолог оценивает состояние ребенка исходя, прежде всего из модели нормального развития, и таким образом, определяет возрастные, индивидуальные и клинические особенности ребенка, и как следствие, вид психического дизонтогенеза.

При определении диагностического инструментария специалисту желательно опираться на известные в диагностической практике комплекты и наборы диагностических методик и тестовых заданий, обязательно учитывая при этом возраст ребенка.

На этом этапе решаются следующие задачи:

выявление уровня знаний и навыков детей;

определение программ обучения, адекватных их возможностям.

В целом процедура диагностического обследования когнитивной сферы ребенка должна возникнуть естественно, плавно перейдя из стадии установления контакта с ребенком в игру с ним. Некоторые из заданий могут быть предложены ребенку в виде тестовых, например, корректурная проба, шифровка, математические задачи и др. Могут быть предъявлены также проективные методики «Рисунок семьи», «Рисунок человека», CAT. Основная же часть диагностической процедуры должна быть построена в виде продолжения игры с ребенком. Здесь следует обязательно учитывать характер предлагаемых пособий, предметов, дидакти­ческих игр и реакцию ребенка на них. Хорошо работающий ребенок может неожиданно прекратить выполнение задания не из-за возникшего переутомления или пресыщаемое, а из- за собственной неадекватной реакции на предъявленный ему для работы предмет — немотивированного страха перед ним. В этой связи лучше предварительно положить некоторые пособия и тестовые задания (например, бланки корректурной пробы) в разных местах кабинета, чтобы ребенок к ним постепенно привык и чтобы они не казались ему чем- то новым и неизвестным. Прекрасно, если специалисту удастся в своем кабинете организовать с ребенком игру под названием «Путешествие в сказочную страну». Перемещаясь от одного предмета к другому, ребенок будет ненароком наталкиваться на специально разложенные диагностические пособия, необходимые для обследования. Специалист постепенно и очень осторожно руководит этим процессом, обыгрывая каждый необходимый предмет и тестовое задание. Можно выложить несколько пособий, предназначенных для изучения какого-либо одного процесса, учитывая специфические потребности и избирательность ребенка. Следует обязательно ориентироваться на информацию матери и близких о предпочтениях ребенка в выборе игрушек или предметов для организации его деятельности.

В процессе определения уровня психического развития ребенка мы накапливаем данные о его индивидуальных особенностях, конкретном жизненном опыте, о впечатлениях, которые его занимают или могли бы занимать, о привычках, пристрастиях, выносливости в контакте и излюбленной манере общения. Фиксируются явления, которые его могут испугать, специфические для него опасности, ситуации, представляющие реальную угрозу, - все это впоследствии будет использовано при организации коррекционного занятия.

Литература

Детский аутизм: Хрестоматия / Сост. JI. М. Шипицына. — СПб. 1997. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. — М, 2003.

Лебединская К. С. Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. — М. 1991.

Никольская О. С, Баенская Е.Р. Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. — М., 1997.

Кастюк Н.В. Психологическая диагностика детей с ранним детским аутизмом. Методические рекомендации, -- Мн., 2005.