

Государственное автономное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования Владимирской области
«Владимирский институт развития образования имени Л.И. Новиковой»

Психические расстройства у детей: аутизм

Рабочая тетрадь

Владимир 2026

Авторы:

Н.И. Прокова

Рецензент:

Н.А. Ухина, заведующий кафедрой педагогики, психологии и инклюзивного образования ГАОУ ДПО ВО ВИРО, кандидат педагогических наук

Психические расстройства у детей: аутизм. Рабочая тетрадь/ Н.И. Прокова
- Владимир: ГАОУ ДПО ВО ВИРО, 2026. - 55 с.

Рабочая тетрадь подготовлена на основе анализа монографий В.М. Башиной «Аутизм в детстве» (1999) и «Ранний детский аутизм» (1993), а также с учётом современных подходов к диагностике и коррекции РАС. Тетрадь предназначена для организации самостоятельной работы слушателей курсов повышения квалификации.

Содержание

Введение.....	4
Тема 1: Введение в проблему аутизма. Исторический контекст и вклад В.М. Башиной.....	6
Тема 2: Клинико-психологическая структура дефекта при РАС.....	12
Тема 3: Ранняя диагностика РАС. Нарушения аффективного и сенсомоторного развития.....	18
Тема 4: Синдромология РАС: от Каннеровского аутизма к атипичным формам.....	25
Тема 5: Когнитивные и речевые особенности при РАС.....	32
Тема 6: Психопатология возраста: динамика проявлений РАС от детства к подростковому периоду.....	41
Тема 7: Современные подходы к коррекции и адаптации лиц с РАС.....	48
Сведения об авторах.....	57

Введение

Работа с данной тетрадью предполагает знакомство с фундаментальным наследием профессора Веры Михайловны Башиной — одного из крупнейших отечественных специалистов в области детской психиатрии, чьи труды определили развитие российской научной школы изучения аутизма и ранней детской шизофрении. Более чем тридцатилетние клинические исследования В.М. Башиной (1999) позволили создать целостную концепцию дизонтогенетических расстройств шизофренического спектра, в основе которой лежит представление о гетерогенности аутистических состояний и необходимости их дифференцированного подхода к диагностике, терапии и реабилитации.

Центральное место в научной системе В.М. Башиной занимает понятие **эволютивно-процессуального дизонтогенеза**. В отличие от западных подходов, долгое время рассматривавших аутизм исключительно как конституциональное расстройство развития, отечественная школа под руководством профессора Башиной показала, что аутистические синдромы у детей представляют собой континуум состояний — от эволютивных (конституционально обусловленных) до процессуальных (психотических, в рамках ранней детской шизофрении) .

Автором была разработана клиническая классификация, включающая:

- синдром Каннера (классический вариант РДА) как эволютивно-процессуальное расстройство;
- синдром Аспергера;
- детский аутизм процессуального генеза (с началом до 3 лет и в возрасте 3–6 лет);

- аутистическиподобные синдромы при хромосомных абберациях, обменных нарушениях;
- аутизм при синдроме Ретта;
- психогенный парааутизм;

По данным В.М. Башиной, основное ядро аутизма (около 79% случаев) представлено состояниями шизофренического спектра. Изучение 500 детей с разными формами аутизма позволило исследователю выявить закономерности течения этих расстройств и определить прогностические критерии.

Вопросы и задания данного раздела направлены на усвоение ключевых понятий эволютивно-процессуального подхода, анализ клинических критериев различных видов аутизма и формирование навыков дифференциальной диагностики на основе нозологического принципа.

Тема1: Введение в проблему аутизма. Исторический контекст и вклад В.М. Башиной.

Задания

1. *Прочитайте текст.*
2. *Ответьте на вопросы.*

Цель: Сформировать целостное представление о проблеме аутизма, его месте в структуре психических расстройств и вкладе отечественной науки, в частности работ В.М. Башиной, в его изучение.

План:

1. Определение и ключевые характеристики РАС.
2. Исторический контекст: от Каннера и Аспергера до наших дней.
3. Вклад отечественной школы: Г.Е. Сухарева, С.С. Мнухин.
4. В.М. Башина – ключевая фигура в отечественном изучении аутизма.
5. Значение работ Башиной для современной дефектологии.

1. Определение и ключевые характеристики РАС

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это группа нарушений нейроразвития, которые проявляются в раннем детстве и характеризуются стойким дефицитом в двух основных областях:

Дефицит социальной коммуникации и социального взаимодействия:

Нарушения социально-эмоциональной взаимности (неумение инициировать и поддерживать диалог, снижение разделения интересов и эмоций).

Нарушения невербального коммуникативного поведения (сложности с пониманием и использованием жестов, мимики, контакта глаз).

Трудности в установлении, поддержании и понимании социальных отношений (сложности в адаптации поведения к различным социальным контекстам, трудности в заведении друзей).

Ограниченные, повторяющиеся модели поведения, интересов или деятельности:

Стереотипные или повторяющиеся движения, речь или использование предметов (постукивания, вращения, эхолалии).

Настойчивое стремление к однообразию, ригидное следование рутинам, ритуализированные модели вербального и невербального поведения.

Крайне ограниченные, фиксированные интересы, аномальные по интенсивности или направленности (например, сильная поглощенность необычными темами).

Необычная реакция на сенсорные стимулы (безразличие к боли/температуре, негативная реакция на определенные звуки или текстуры, повышенное обоняние).

Важно понимать, что РАС – это **спектр**. Проявления могут варьироваться от очень тяжелых форм, когда ребенок не говорит и полностью погружен в себя, до высокофункциональных, при которых основные трудности связаны с социальным взаимодействием.

2. Исторический контекст: основоположники

Хотя отдельные описания могли существовать и ранее, отправной точкой в научном изучении аутизма считаются работы двух психиатров, работавших независимо друг от друга в 1940-х годах.

Лео Каннер (Leo Kanner, 1943 г.) – американский психиатр. В своей классической работе «Аутистические нарушения аффективного контакта» он

описал **11 случаев** и выделил основные признаки «раннего детского аутизма»:

Глубокая самоизоляция (крайний аутизм).

Навязчивое стремление к постоянству (стереотипии, сопротивление изменениям).

Мутизм или некоммунитивная речь (эхолалии, перестановка местоимений).

Отличная память, «обезьянья» ловкость.

Интеллектуальный потенциал в области «обособленных талантов». Каннер ошибочно считал, что аутизм связан с холодными, интеллектуальными родителями («родители-холодильники»), но его клиническое описание оказалось чрезвычайно точным.

Ганс Аспергер (Hans Asperger, 1944 г.) – австрийский педиатр. Описал состояние, которое он назвал «**аутистическая психопатия**». Его пациенты имели сходные с каннеровскими нарушения в социальной сфере и стереотипные интересы, но при этом:

Сохраняли речь.

Не имели выраженной задержки интеллектуального развития.

Часто демонстрировали интенсивные, узконаправленные интересы (например, в расписаниях поездов, классификации динозавров). Эта форма позже получила название **синдрома Аспергера**.

3. Вклад отечественной школы

Отечественная наука внесла неоценимый вклад в понимание аутизма, причем некоторые описания были даны даже раньше.

Груня Ефимовна Сухарева (1926 г.) – советский психиатр. Описала состояние, названное ею «**шизоидной психопатией**», у группы мальчиков, которое поразительно напоминало то, что позже описал Аспергер. Она детально охарактеризовала нарушения в социальной сфере, своеобразие

моторики и особые, одержимые интересы. Ее работа долгое время оставалась малоизвестной на Западе.

Семен Семенович Мнухин и его школа (1960-е гг.) внесли важный вклад, подчеркивая **органическую**, биологическую природу аутизма, в противовес психогенным теориям, популярным в то время на Западе. Они рассматривали ранний детский аутизм (РДА) в рамках последствий раннего органического поражения мозга.

4. В.М. Башина – ключевая фигура в отечественном изучении аутизма

Вера Михайловна Башина (1926-2012) – выдающийся советский и российский детский психиатр, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Научного центра психического здоровья РАМН. Ее работы стали мостом между классическими описаниями и современным пониманием РАС в России.

Основные положения ее концепции, изложенные в монографиях «Аутизм в детстве» (1999) и «Ранний детский аутизм» (1993):

Клинико-психологический подход: В. Башина всегда рассматривала аутизм не просто как набор симптомов, а как целостный синдром, имеющий сложную клинико-психологическую структуру. Она анализировала, как биологическая основа порождает специфические психологические нарушения.

Идея «триады» нарушений: В своих работах она систематизировала и детально описала триаду ключевых нарушений при РДА, которая стала краеугольным камнем отечественного подхода:

Аутизм (как базовая особенность аффективной сферы, нарушение контакта с внешним миром).

Нарушения коммуникации (речевые и невербальные).

Стереотипность в поведении, мышлении и интересах.

Динамический подход: В.М. Башина тщательно изучала, как меняется проявление аутизма с возрастом. Она описала особенности РДА в младенчестве, дошкольном, школьном и подростковом возрасте, что крайне важно для своевременной диагностики и коррекции.

Дифференциальная диагностика: Большое внимание в ее трудах уделено разграничению РДА с другими состояниями, такими как шизофрения, умственная отсталость, рецептивные расстройства речи. Она подчеркивала, что интеллект при аутизме может быть сохранен, но его проявления искажены («интеллектуальная диссоциация» – неравномерность развития).

Ранняя диагностика: В. Башина одной из первых в отечественной литературе подробно описала ранние признаки аутизма на первом-втором году жизни: отсутствие «комплекса оживления», парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, нарушения формирования эмоциональной связи с матерью.

5. Значение работ Башиной для современной дефектологии

Фундаментальная теоретическая база. Ее монографии до сих пор являются настольными книгами для дефектологов, логопедов и психологов, так как дают глубокое, системное понимание природы аутизма.

Основа для диагностики. Клинические описания Башиной помогают специалистам проводить качественный психолого-педагогический анализ поведения ребенка, выходя за рамки формальных критериев.

Вектор для коррекции. Понимание структуры дефекта (первичные и вторичные нарушения) позволяет выстраивать адресные коррекционные маршруты. Если первично – нарушение аффективного контакта, то и работа должна быть направлена в первую очередь на установление эмоциональной связи, а не просто на обучение навыкам.

Гуманистический подход. Работы Башиной пронизаны уважением к внутреннему миру ребенка с аутизмом и пониманием его трудностей, что задает верный профессиональный и человеческий тон в работе дефектолога.

Вывод: таким образом, проблема аутизма имеет богатую историю, в которой переплелись открытия западных и отечественных ученых. В.М. Башина, опираясь на наследие Сухаревой и Мнухина, создала целостную клинико-психологическую модель РДА, которая остается чрезвычайно актуальной и служит прочным фундаментом для деятельности современного дефектолога.

Проверочные вопросы. Тема 1:

1. Дайте определение расстройствам аутистического спектра (РАС) и назовите две основные области стойкого дефицита, согласно современным представлениям.
2. В чем заключалось основное различие между группами детей, описанными Лео Каннером и Гансом Аспергером?
3. Какой вклад в изучение аутизма внесла Г.Е. Сухарева? Почему ее работа имеет особое значение?
4. Охарактеризуйте «триаду нарушений» при раннем детском аутизме, которую систематизировала и подробно описала в своих работах В.М. Башина.
5. Почему работы В.М. Башиной имеют такое важное значение для практикующего дефектолога? Назовите не менее трех причин.
6. Что понимала В.М. Башина под «интеллектуальной диссоциацией» при аутизме?
7. Какой подход к пониманию природы аутизма (психогенный или органический) отстаивали советские ученые, такие как С.С. Мнухин?

Тема 2: Клинико-психологическая структура дефекта при РАС (Ядро синдрома).

Задания

- 1. Прочитайте текст.*
- 2. Ответьте на вопросы.*

Цель: Сформировать глубокое понимание внутренней структуры аутистического расстройства, опираясь на концепцию первичного/вторичного дефекта Л.С. Выготского и клинико-психологический анализ В.М. Башиной. Выделить и проанализировать ядерные (первичные) симптомы, составляющие синдром раннего детского аутизма.

План:

1. Методологическая основа: учение Л.С. Выготского о первичном и вторичном дефекте.
2. Поиск «первичного» нарушения при РАС: полемика в науке.
3. Триада нарушений В.М. Башиной как структура ядерного синдрома.
4. Подробный анализ компонентов триады: аутизм, нарушения коммуникации, стереотипность.
5. Взаимосвязь компонентов: как первичные нарушения порождают вторичные осложнения развития.

1. Методологическая основа: концепция Л.С. Выготского

Прежде чем анализировать аутизм, мы должны вооружиться правильным методологическим инструментом. Таким инструментом для отечественной дефектологии является учение **Льва Семеновича Выготского о сложной структуре дефекта.**

Первичный дефект – это биологически обусловленное нарушение (например, снижение слуха, органическое поражение ЦНС, нарушение

аффективных систем мозга). Это ядро, *причина* всех последующих трудностей.

Вторичный дефект – это следствие первичного, но возникающее не напрямую, а опосредованно, в процессе *нарушенного социального развития*. Это надстройка над первичным дефектом. Например, нарушение речи у глухого ребенка (первичный дефект – снижение слуха) является вторичным, так как возникает из-за отсутствия речевой среды. **Ключевой момент:** вторичные дефекты имеют *социальную природу* и являются главным объектом коррекционно-педагогического воздействия.

Задача при анализе РАС: найти то самое **первичное нарушение**, которое запускает весь каскад вторичных и третичных искажений в развитии. В.М. Башина в своих работах последовательно применяла этот подход.

2. Поиск «первичного» нарушения: полемика в науке

На разных этапах развития науки на роль первичного дефекта при аутизме выдвигались различные гипотезы:

Когнитивные теории: нарушение «теории психического» (неспособность понимать мысли и чувства других), центрального согласования (невозможность видеть целое за частями).

Речевые теории: первичность речевых расстройств.

Аффективные теории (близкие к позиции Башиной): первичным является глубокое нарушение в аффективной сфере, которое делает мир пугающим, непредсказуемым и препятствует установлению эмоциональной связи с близкими. Именно эта точка зрения, подкрепленная клиническими наблюдениями, является центральной в работах В.М. Башиной.

3. Триада нарушений В.М. Башиной как структура ядерного синдрома

Опираясь на идеи Каннера и Выготского, Башина рассматривала не просто список симптомов, а их **систему** – триаду взаимосвязанных первичных нарушений, составляющих ядро синдрома РДА.

Это три взаимосвязанных «кита»:

1. Аутизм (как нарушение аффективного контакта).
2. Нарушения коммуникации (речевой и невербальной).
3. Стереотипность в поведении, мышлении, интересах.

Важно понимать, что это не три отдельных проблемы, а единый комплекс, где каждый элемент поддерживает и усугубляет другие.

4. Подробный анализ компонентов триады.

Аутизм как базовая особенность аффективной сферы.

Это первичное ядерное нарушение. Это не просто уход в себя, а:

Нарушение способности к установлению эмоционального контакта (аффективной связи) с матерью и миром уже на самых ранних этапах (отсутствие или искажение «комплекса оживления»).

Патология витальных (базальных) эмоций: реакции на голод, холод, дискомфорт могут быть парадоксальными (отсутствие плача или немотивированный крик). Нарушена базовая система «удовольствие-неудовольствие».

Трудности в дифференциации «живого» и «неживого»: люди могут восприниматься как предметы, не несущие эмоциональной значимости.

Следствие: Мир не становится для ребенка источником безопасности и положительных переживаний. Он – источник хаоса и угрозы. Защитой от этого становится уход – аутизм в прямом смысле.

Нарушения коммуникации (вторичные по механизму, но первичные по значению в структуре синдрома). Вытекают из аффективного нарушения. Если нет потребности в эмоциональном контакте, то не формируется и потребность в коммуникации как средстве этого контакта.

Довербальный уровень: отсутствие указательного жеста, жестов приветствия/прощания, невозможность разделить внимание со взрослым (нарушение совместного внимания).

Речевой уровень:

Мутизм (полное отсутствие речи) или позднее появление речи.

Эхолалии (немедленные и отсроченные) – речь не служит для общения, а является стереотипией или средством саморегуляции.

Перестановка местоимений («ты» вместо «я») – нарушение самоидентификации, невыделение себя из окружающего.

Нарушение коммуникативной функции речи: ребенок может заученно говорить сложные фразы, но не может попросить о помощи или ответить на вопрос.

Особенности просодики: речь монотонная, «деревянная», лишенная эмоциональных оттенков.

Стереотипность – как следствие и способ защиты. Это **компенсаторный и защитный механизм** в ответ на невыносимую неопределенность мира.

Функция стереотипий: внести предсказуемость, стабильность, получить привычные и, значит, безопасные ощущения.

Проявления:

Моторные: раскачивания, кружения, взмахи руками.

Сенсорные: манипуляции с предметами с целью получения специфических ощущений (верчение перед глазами, облизывание, постукивание).

Речевые: эхолалии, повторение одних и тех же вопросов.

Поведенческие: жесткие ритуалы в быту, маршрутах прогулок.

Интересы: захваченность узкими, часто нефункциональными темами (списки, схемы, определенные марки машин). Это «аутистические интересы», поглощающие психическую активность ребенка и вытесняющие взаимодействие с реальностью.

5. Взаимосвязь компонентов: патологический круг

В монографиях В. М. Башина описано, как компоненты триады замыкаются в «порочный круг»:

1. Первичное нарушение аффективного контакта делает мир угрожающим.
2. Ребенок не развивает средства коммуникации для взаимодействия с этим миром.
3. Чтобы снизить тревогу и внести порядок, он вырабатывает жесткую систему стереотипий и ритуалов.
4. Эта система еще больше ограничивает его контакты с внешним миром и возможность научиться чему-то новому, углубляя аутизм.
5. Формируются вторичные осложнения: задержка интеллектуального развития (особенно в социально-практической сфере), неадекватность эмоциональных реакций, отсутствие навыков самообслуживания и игровой деятельности.

Вывод: Клинико-психологическая структура дефекта при РАС представляет собой **иерархически организованную систему**. В ее ядре лежит **первичное нарушение аффективной регуляции и установления эмоционального контакта**. Это нарушение закономерно порождает два других ядерных компонента триады: **дефицит коммуникации** (как следствие отсутствия потребности в общении) и **стереотипность** (как основной механизм защиты и саморегуляции). Понимание этой структуры является ключом для дефектолога: коррекционная работа должна быть направлена не на борьбу со стереотипиями, а на **постепенное, осторожное установление эмоционального контакта**, который сможет разрушить патологический круг и создать основу для развития коммуникации и более гибких форм поведения.

Проверочные вопросы. Тема 2:

1. Объясните, используя схему Л.С. Выготского, что такое первичный и вторичный дефект. Приведите пример из области РАС.
2. Почему В.М. Башина считала нарушение в аффективной сфере первичным, ядерным дефектом при РАС?
3. Опишите триаду нарушений, составляющую ядро синдрома РАС по В.М. Башиной. Как эти три компонента взаимосвязаны?
4. Каковы, согласно Башиной, основные функции стереотипного поведения при аутизме? Приведите примеры моторных, речевых и поведенческих стереотипий.
5. Как нарушение аффективного контакта (первый компонент триады) влияет на развитие речи (второй компонент) у ребенка с РАС? Назовите конкретные речевые феномены, описанные Башиной.
6. Опишите «порочный круг» РАС, вытекающий из взаимосвязи компонентов триады.

Тема 3: Ранняя диагностика РАС. Нарушения аффективного и сенсомоторного развития.

Задания

1. *Прочитайте текст.*
2. *Выполните тестовое задание.*

Цель: Сформировать представление о ранних признаках расстройств аутистического спектра в младенчестве и раннем возрасте (до 3-х лет) на основе клинико-динамического подхода В.М. Башиной. Акцентировать внимание на нарушениях базовых аффективных и сенсомоторных функций как ключевых маркерах риска.

План:

1. Актуальность ранней диагностики: почему это важно с точки зрения дефектологии.

2. Методологический подход В.М. Башиной к ранней диагностике: наблюдение за становлением аффективного контакта.
3. Нарушения аффективного развития в первый год жизни (по Башиной).
4. Нарушения сенсомоторного развития: парадоксальность реакций и моторики.
5. Картина раннего возраста (1-3 года): нарастание симптомов триады.
6. Сравнительный анализ: клинико-динамический подход и современные скрининговые методы (М-CHAT-R/F).

1. Актуальность ранней диагностики

Раннее выявление РАС – не самоцель, а **ключевое условие эффективности коррекционной работы**. Чем раньше начата систематическая помощь, направленная на установление эмоционального контакта и развитие коммуникации, тем больше возможностей для «перестройки» патологических мозговых связей (пластичность мозга) и профилактики тяжелых вторичных нарушений (задержка речевого и интеллектуального развития, дезадаптивное поведение). Дефектолог, работающий с детьми раннего возраста, должен знать эти признаки.

2. Методологический подход В.М. Башиной

Башина не использовала формальные чек-листы. Ее метод – это тонкое клиническое наблюдение за процессом становления эмоциональной связи между младенцем и матерью. Она рассматривала ранние признаки не как отдельные симптомы, а как проявления нарушенного аффективного тонуса и искаженного восприятия мира. Ее описания уникальны, так как основаны на многолетнем наблюдении за детьми с самого рождения.

3. Нарушения аффективного развития в первый год жизни

Именно здесь (по Башиной) лежат **истоки будущего аутизма**.

Период новорожденности и первых месяцев:

Нарушение «комплекса оживления» – ключевой маркер! Он может отсутствовать, быть слабым, запаздывающим или парадоксальным: вместо радости, улыбки, двигательного оживления при виде матери – ребенок может отворачиваться, плакать, проявлять страх или безразличие.

Трудности формирования «чувства общности» во время кормления: ребенок не прижимается, не смотрит в глаза, тело его может быть напряженным или «вялым».

Аномалии эмоционального резонанса: ребенок не заражается улыбкой, ласковым голосом, не откликается на эмоции взрослого.

Второе полугодие жизни:

Отсутствие или искажение страха перед чужими (важный диагностический момент!). В норме в 7-8 мес. появляется «страх чужого». При аутизме его может не быть (равнодушие) или, наоборот, возникает паническая реакция на любые новые стимулы, включая игрушки.

Не формируется или резко нарушена потребность в тактильном и эмоциональном контакте: ребенок не тянет ручки, чтобы его взяли, не любит быть на руках, может выгибаться, отстраняться от ласк.

Отсутствие или примитивность предречевых вокализаций: гуление и лепет могут быть бедными, монотонными, лишенными интонационной окраски, не служат для общения.

4. Нарушения сенсомоторного развития

Парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, что указывает на нарушение обработки информации уже на базальном уровне.

Сенсорная сфера:

Зрение: взгляд «мимо», скользящий, расфокусированный. Взгляд может фиксироваться на отдельных деталях (блестящая пуговица, пылинка в луче света), а не на лице или игрушке. Иногда – болезненная реакция на свет.

Слух: впечатление глухоты (не откликается на имя), но при этом болезненная реакция на тихие, но специфические бытовые звуки (шум пылесоса, фена, шелест бумаги). Может быть очарован определенными звуками.

Тактильность: неприятие ласк, определенной текстуры одежды, пищи. Может быть болезненная реакция на стрижку ногтей, мытье головы.

Вестибулярные ощущения: парадоксальные реакции на укачивание (не успокаивается) или, наоборот, потребность в интенсивном раскачивании, кружении.

Моторная сфера:

Нарушение мышечного тонуса: дистония, «вялость» или, наоборот, скованность.

Задержка или своеобразие формирования моторных навыков: может рано сесть, встать, но движения угловаты, неловки, лишены пластичности.

Отсутствие указательного жеста к 12 мес. – один из самых значимых «красных флагов». Ребенок не показывает пальцем на интересующий объект, чтобы разделить внимание со взрослым. Может манипулировать рукой взрослого как инструментом.

5. Картина раннего возраста (1-3 года): нарастание симптомов триады

К 2-3 годам признаки структурируются в узнаваемую триаду:

Аутизм: Уход в себя становится очевидным. Ребенок предпочитает одиночество, игры в одиночестве, часто с неигровыми предметами (вертит колесико машинки, переливает воду).

Коммуникация: Речь не появляется или появляется с искажениями (эхолалии). Жестовая коммуникация почти отсутствует. Нет сюжетной игры, подражания взрослым.

Стереотипность: Появляются навязчивые движения, ритуалы, избирательность в еде и одежде. Возникают сверхценные интересы (к вращающимся предметам, цифрам, маркам машин).

6. Сравнительный анализ: клинико-динамический подход и современные скрининговые методы

У В.М. Башиной акцент на качестве **аффективного контакта**, парадоксальности реакций, динамике развития связи с матерью. Это **глубинный, причинный анализ**.

Современные скрининги (напр., M-CHAT-R/F): акцент на **наличии или отсутствии ключевых социально-коммуникативных поведенческих актов** (улыбается ли в ответ, отзывается ли на имя, показывает ли пальцем, имитирует ли). Это **инструмент массового, быстрого выявления риска**.

Вывод для дефектолога: Подход отечественного психиатра дает **понимание сути** тех нарушений, которые стоят за пунктами скрининга. Например, за пунктом «Ребенок отзывается на имя» скрывается целый комплекс проблем: нарушение слухового внимания, отсутствие связи между звуковым сигналом и собственной личностью, дефицит мотивации к социальному отклику. Использование обоих подходов (скрининг + качественный анализ аффективного развития) дает наиболее полную картину для направления на углубленную диагностику.

Тест. Тема 3:

«Ранняя диагностика РАС. Нарушения аффективного и сенсомоторного развития (по В.М. Башиной)»

Инструкция: Выберите один или несколько правильных ответов.

1. Согласно клинико-динамическому подходу В.М. Башиной, ранняя диагностика РАС должна быть основана, прежде всего, на наблюдении за:
 - а) Уровнем развития речи.
 - б) Наличием стереотипных движений.

- в) Становлением эмоционального контакта с матерью.
- г) Соответствием моторных навыков возрастным нормам.

2. Какое из перечисленных нарушений «комплекса оживления» у младенца 2-3 месяцев НЕ является, согласно Башиной, характерным признаком риска РАС?

- а) Полное отсутствие реакции на появление матери.
- б) Яркое, своевременное оживление с улыбкой и гулением.
- в) Парадоксальная реакция: плач, отворачивание при попытке контакта.
- г) Слабая, вялая реакция, быстрая истощаемость.

3. Парадоксальность сенсорных реакций при РАС в раннем возрасте может проявляться в том, что ребенок:

- а) Не реагирует на громкие звуки, но пугается тихого шелеста пакета.
- б) С удовольствием смотрит в глаза и улыбается.
- в) Равнодушен к тактильным ласкам и объятиям.
- г) Активно тянется к новым игрушкам и изучает их.

4. Отсутствие указательного жеста к 12 месяцам (когда ребенок не показывает пальцем на интересующий предмет, чтобы разделить внимание со взрослым) свидетельствует о нарушении:

- а) Только тонкой моторики.
- б) Социального взаимодействия и разделенного внимания.
- в) Зрительно-моторной координации.
- г) Имитационных способностей.

5. В чем заключается основное методологическое отличие подхода В.М. Башиной к ранней диагностике от современных скрининговых опросников (например, М-СНАТ)?

- а) Башина использовала лабораторные тесты, а М-СНАТ – наблюдение за поведением.
- б) Башина делала акцент на количестве симптомов, а М-СНАТ – на их качестве.
- в) Башина фокусировалась на глубинных нарушениях аффективного

контакта, а М-СНАТ – на констатации наличия/отсутствия конкретных поведенческих актов.

г) Отличий нет, это схожие методики.

6. Нарушение формирования «чувства общности» у младенца с риском РАС во время кормления может проявляться в:

а) Активном сосании и прижимании к матери.

б) Напряженном или «вялом» теле, избегании зрительного контакта.

в) Громком плаче, связанном только с голодом.

г) Регулярных срыгиваниях.

7. К нарушениям моторной сферы в раннем возрасте при РАС, описанным Башиной, относятся:

а) Ранее и опережающее развитие ходьбы.

б) Угловатость, неловкость движений при формальной сохранности навыков.

в) Только задержка моторного развития.

г) Исключительно повышенный мышечный тонус.

8. Какая из перечисленных особенностей предречевого развития характерна для ребенка с риском РАС?

а) Активный, интонационно богатый лепет, обращенный к взрослому.

б) Полное отсутствие любых звуков.

в) Бедный, монотонный лепет, не используемый для общения.

г) Раннее появление слов.

9. Появление стереотипных движений и ритуалов в возрасте 1.5-2.5 лет, по Башиной, является, в первую очередь:

а) Признаком умственной отсталости.

б) Способом самостимуляции и защиты от непредсказуемого мира.

в) Следствием плохого воспитания.

г) Подражанием поведению родителей.

10. Знание ранних признаков РАС по Башиной позволяет дефектологу, работающему в службе ранней помощи:

а) Поставить окончательный диагноз.

- б) Назначить медикаментозное лечение.
- в) Своевременно заподозрить риск, направить к психиатру и начать выстраивать коррекционную работу, направленную на эмоциональный контакт.
- г) Успокоить родителей, сказав, что это вариант нормы.

Ответы для проверки:

1. в
2. б
3. а, в
4. б
5. в
6. б
7. б
8. в
9. б
10. в

Тема 4: Синдромология РАС: от Каннеровского аутизма к атипичным формам

Задания

- 1. Прочитайте текст.*
- 2. Ответьте на вопросы.*
- 3. Выполните практическое задание по теме.*

Цель: Сформировать дифференцированное представление о клинических вариантах расстройств аутистического спектра в рамках классификации, используемой В.М. Башиной. Научить проводить синдромологический анализ и разграничивать РАС со схожими

нарушениями развития (шизофренией, умственной отсталостью, нарушениями речи).

План:

1. От единого синдрома к спектру: эволюция взглядов.
2. Клинические варианты РАС по работам В.М. Башиной:
Синдром (раннего) детского аутизма (Каннеровский тип).
Синдром Аспергера (аутистическая психопатия).
Атипичный аутизм.
3. Дифференциальная диагностика: ключевые задачи.
РАС и детская шизофрения: поиск «ядерных» симптомов.
РАС и умственная отсталость: понятие «интеллектуальной диссоциации».
РАС и рецептивные расстройства речи.
4. Значение синдромологического подхода для построения образовательного маршрута.

1. От единого синдрома к спектру: эволюция взглядов

В своих монографиях В.М. Башина отражает переход от представления об аутизме как о едином синдроме (ранний детский аутизм — РДА) к пониманию его как **группы (спектра) расстройств**, объединенных общей триадой нарушений, но различающихся по тяжести, структуре дефекта и прогнозу. Это понимание предвосхитило современную концепцию РАС. Ее работы помогают увидеть не просто континуум «легкой-тяжелой» степени, а качественно разные клинические картины.

2. Клинические варианты РАС по работам В.М. Башиной

Башина, опираясь на мировую и отечественную практику, выделяла следующие основные формы:

Синдром (раннего) детского аутизма (классический, Каннеровский тип).

Ядерная, наиболее глубокая форма. Проявления очевидны до 3-х лет, а часто и с первого года жизни.

Ярко выражена вся триада:

Аутизм: Глубокий. Контакт установить чрезвычайно трудно. Ребенок живет в собственном мире.

Речь: Может отсутствовать (мутизм) или быть грубо нарушенной (эхолалии, штампы, перестановка местоимений). Коммуникативная функция не развита.

Стереотипность: Массивная. Простые моторные стереотипии (раскачивания, взмахи), ритуалы, часто — самоагрессия.

Интеллектуальное _____ развитие: Высок риск формирования выраженной вторичной умственной отсталости из-за глубокой блокады взаимодействия с миром. Однако, по Башиной, важно видеть «очаги сохранности», например, прекрасную механическую память.

Прогноз: Наиболее серьезный, требует длительной, системной комплексной помощи.

Синдром Аспергера (аутистическая психопатия по кругу Э. Кречмера).

«Высокофункциональный» вариант аутизма. Основной дефицит — в социальном взаимодействии при формально сохранном интеллекте и речи.

Особенности триады:

Аутизм: Присутствует как социальная наивность, непонимание «неписанных правил», трудности эмпатии, но без тотального ухода от мира. Может быть желание общаться, но неумение.

Речь: Развивается вовремя, часто даже рано. Речь грамматически правильная, но «профессорская», педантичная, с нарушением просодики (монотонность). Нарушена прагматика — использование речи в диалоге, понимание юмора, метафор.

Стереотипность: Проявляется в сверхценных, узконаправленных интересах (транспорт, динозавры, расписания), которым ребенок посвящает все время. Моторная неловкость.

Интеллект: Формально сохранен, часто высок в вербальной сфере, но диссоциирован с социальным интеллектом.

Прогноз: Более благоприятный. Главные проблемы — школьная и социальная дезадаптация из-за негибкости поведения и непонимания социального контекста.

Атипичный аутизм.

Наиболее неоднородная группа. По Башиной, это состояния, при которых:

Признаки аутизма проявляются после 3-х лет (поздний дебют).

Или присутствуют *не все компоненты триады* (например, стереотипии могут быть слабо выражены).

Или аутистические симптомы наслаиваются на другую, очевидную патологию (тяжелую умственную отсталость, сложные органические поражения ЦНС).

Важно! Требуется особенно тщательной дифференциальной диагностики.

3. Дифференциальная диагностика: ключевые задачи

Главный принцип: Диагноз ставится не по одному симптому, а по **синдрому**, по структуре нарушения.

РАС и детская шизофрения:

Возраст дебюта: При РАС — раннее нарушение развития с рождения или младенчества. При шизофрении — относительно благополучный период раннего развития, а затем, чаще после 3-5 лет, *распад* уже сформированных функций (речи, навыков, эмоциональности).

Продуктивная симптоматика: Для шизофрении характерны бред, галлюцинации, кататония (чего нет при «чистом» РАС).

Динамика: Шизофрения — процессуальное заболевание с приступами и ремиссиями. РАС — первазивное (всепроникающее) нарушение развития, более статичное, хотя и меняющееся с возрастом.

РАС и умственная отсталость (УО):

Ключевое понятие Башиной — «интеллектуальная диссоциация».

При УО наблюдается тотальное, равномерное отставание во всех сферах: познавательной, речевой, моторной, социальной (последняя страдает вторично).

При РАС отставание неравномерное (диссоциированное):

Может быть высокое развитие памяти (особенно механической), внимания к деталям, часто — способностей к счету, музыке, конструированию.

При этом грубо нарушены социальный интеллект, практическое мышление, способность к обобщению и переносу навыка.

Речь может быть формально развитой, но не коммуникативной.

Вывод: При РАС интеллектуальные трудности — чаще вторичное следствие аутизма и депривации, а не первичный дефект.

РАС и рецептивные (сенсорные) расстройства речи:

Общее: В обоих случаях ребенок может не откликаться на имя, не выполнять инструкции.

Различие: При нарушении слуха/речи ребенок компенсирует невербальной коммуникацией (жесты, мимика, стремление к контакту глазами). При РАС страдает сама потребность в коммуникации, невербальные средства также не развиваются.

4. Значение синдромологического подхода для построения образовательного маршрута

Правильное определение варианта РАС — не академическое упражнение, а практический ориентир для дефектолога:

При синдроме Каннера: Акцент на доречевой и эмоциональной коммуникации, формировании базовых навыков, работе со стереотипиями

как с единственным способом регуляции. Темп обучения медленный, требуется максимальная структуризация среды (подход TEACCH).

При синдроме Аспергера: Акцент на социальных навыках, развитии эмоционального интеллекта, объяснении социальных правил. Интеллектуальные способности позволяют осваивать программу, но нужна поддержка в организации и понимании скрытого смысла.

При атипичном аутизме: Требуется особенно индивидуальный анализ: что первично? Если УО — методики для УО с учетом аутистических черт. Если органическое поражение — нейropsихологический подход.

Вывод: В.М. Башина представила четкую, клинически обоснованную типологию аутистических расстройств. Умение провести синдромологический анализ и дифференциальную диагностику позволяет дефектологу не просто констатировать наличие аутизма, а понимать его внутреннюю логику и строить осмысленную, адресную коррекционно-педагогическую работу.

Проверочные вопросы. Тема 4:

1. Чем, согласно Башиной, принципиально отличается синдром Аспергера от классического (Каннеровского) аутизма по характеру речевых нарушений?

2. Что такое «интеллектуальная диссоциация» при РАС и как она помогает отличить аутизм от умственной отсталости? Приведите пример.

3. Назовите главный дифференциально-диагностический критерий, позволяющий отграничить РАС от детской шизофрении, согласно клиническому подходу Башиной.

4. Почему ребенок с рецептивным расстройством речи и ребенок с РАС могут одинаково не откликаться на имя, но делать это по разным причинам?

5. Как понимание клинического варианта РАС (например, Каннер vs. Аспергер) должно влиять на выбор первоочередных целей коррекционной работы дефектолога?

Практическое задание: «Сравнительная характеристика клинических вариантов РАС по В.М. Башиной»

Инструкция: Заполните таблицу, используя материалы лекции и монографии В.М. Башиной. Это задание направлено на формирование навыка синдромологического анализа.

Критерий для сравнения	Синдром (раннего) детского аутизма (Каннеровский тип)	Синдром Аспергера	Атипичный аутизм
Возраст манифестации			
Характер аутизма (как нарушение контакта)			
Специфика речевых нарушений			
Формы стереотипности			
Интеллектуальное развитие			
Основная дифференциальная диагностика (с каким состоянием можно спутать?)			
Приоритетные направления			

коррекционной работы для дефектолога			

Тема 5: Когнитивные и речевые особенности при РАС.

Задания

1. Прочитайте текст.
2. Ответьте на вопросы.
3. Выполните практическое задание: «Анализ речевого высказывания при РАС».

Цель: Сформировать глубокое понимание специфики когнитивного и, в особенности, речевого развития при РАС на основе клинико-психологического анализа В.М. Башиной. Научить дифференцировать речевые нарушения при аутизме от других речевых расстройств, понимая их связь с ядерным аффективным дефектом.

План лекции:

1. Когнитивный профиль при РАС: неравномерность и диссоциация.
2. Речь при РАС как отражение нарушенной коммуникативной потребности и аффективной сферы.
3. Довербальный уровень: ключевые предпосылки нарушений.
4. Речевая патология по В.М. Башиной: системный анализ.
 - Нарушения коммуникативной функции.
 - Фонетико-фонематические и просодические особенности.
 - Лексико-грамматические нарушения.
 - Семантические и прагматические нарушения (ядро проблемы).
5. Феномен «гиперлексии» и других парциальных способностей.
6. Влияние речевых нарушений на развитие мышления и социальную адаптацию.

1. Когнитивный профиль при РАС: неравномерность и диссоциация

В.М. Башина настаивала на том, что при РАС мы наблюдаем не тотальное снижение интеллекта, а **своеобразную диссоциацию (неравномерность) в развитии психических функций**. Это ключевой дифференциальный признак.

Сильные стороны (могут быть выражены):

Механическая и ассоциативная память (ребенок может запоминать длинные стихи, рекламу, номера машин без понимания смысла).

Внимание к деталям, перцептивная точность (замечает малейшие изменения в обстановке).

Способности в области стереотипных, систематизирующих видов деятельности: складывание пазлов, классификация объектов, манипуляции с цифрами, интерес к схемам и таблицам.

Невербальный интеллект (по тестам) часто выше вербального.

Слабые стороны (дефицитарные сферы):

Социальный интеллект (понимание намерений, эмоций, мотивов других людей).

Обобщение и перенос навыка (выученное в одной ситуации не применяется в другой).

Имитационные способности (подражание социальным жестам, мимике).

Целостное восприятие (видит детали, но не видит целого — феномен «отсутствия центрального согласования»).

Смысловая, логическая память (запоминание осмысленных связей).

Эта диссоциация является вторичным следствием первичного аффективного дефекта: мир, лишенный эмоционального смысла, не

стимулирует развитие социального познания, но может стимулировать развитие изолированных, формальных способностей.

2. Речь при РАС: не техническое нарушение, а системный симптом

Важно понять: речевые нарушения при РАС – это **не дизартрия, не алалия в чистом виде**. Это, прежде всего, **нарушение коммуникативной функции речи**, вытекающее из отсутствия потребности в диалоге и обмене смыслами. Техническая сторона речи (артикуляция, звукопроизношение) часто может быть относительно сохранной. Башина рассматривала речь как часть целостной картины аутизма.

3. Довербальный уровень: ключевые предпосылки нарушений

Патология речи закладывается еще до появления слов:

Отсутствие или бедность гуления и лепета как формы эмоционального диалога с матерью.

Отсутствие указательного жеста – прототипа высказывания. Ребенок не пытается разделить внимание со взрослым, чтобы что-то обозначить.

Отсутствие социальной улыбки, жестов «дай», «на».

Неиспользование взгляда для коммуникации (координирование взгляда, жеста и вокализации).

4. Речевая патология: системный анализ В.М. Башиной

Нарушение коммуникативной функции (главный признак).

Мутизм (полное отсутствие речи). Ребенок может молчать, но понимать обращенную речь.

Речь как «монолог в пустоту»: ребенок говорит, но не для диалога, не учитывает собеседника, не ждет ответа.

Отсутствие инициативы в диалоге: может отвечать на прямые вопросы, но никогда не задает их для получения новой информации (вопросы носят стереотипный, ритуальный характер).

Фонетико-фонематические и просодические особенности.

Просодика (мелодика, ритм, тембр): речь монотонная, «деревянная», лишенная эмоциональных модуляций. Может быть скандированной, слишком быстрой или замедленной.

Тембр часто необычный: писклявый, хриплый, «недетский».

Звукопроизношение может быть чистым, но иногда отмечаются **артикуляционная нечеткость**, необычные замены звуков.

Лексико-грамматические нарушения.

Эхолалия – центральный феномен. Бывает:

Немедленная (повторение вопроса вместо ответа).

Отсроченная (цитирование фраз из мультфильмов, рекламы спустя время, часто без связи с ситуацией). Это не речь, а акустическая стереотипия, способ самостимуляции или, иногда, примитивная попытка коммуникации.

Перестановка местоимений («ты» вместо «я»): «Дай тебе» вместо «Дай мне». Свидетельствует о нарушении самоидентификации, невыделении себя из окружающего мира.

Речевые штампы, клише: использование заученных, книжных, взрослых фраз («По причине того, что...»).

Неологизмы (авторские слова) и метафоры, понятные только самому ребенку («окошко» — щель между диваном и стеной).

Аграмматизмы при формально сохранной сложной грамматике в штампах.

Семантические и прагматические нарушения – ядро речевой патологии.

Нарушение понимания переносного смысла: буквальное понимание идиом, метафор, юмора, сарказма («висит на телефоне» – ребенок представляет себе физическое действие).

Трудности с категоризацией и обобщением значений слов. Слово может быть жестко привязано к одному конкретному предмету или ситуации.

Прагматика (использование речи в социальном контексте):

Неумение начать, поддержать и закончить диалог.

Нарушение дистанции (слишком фамильярная речь или, наоборот, излишне официальная).

Непонимание невербальных сигналов собеседника (нетерпеливости, скуки).

Неспособность адаптировать речь под возраст и статус слушателя.

5. Феномен «гиперлексии» и других парциальных способностей

Башина описывала случаи, когда на фоне общего недоразвития коммуникативной речи наблюдались **«очаги» необычных способностей**:

Гиперлексия: раннее, спонтанное, страстное увлечение буквами и цифрами, механическое чтение (часто с 3-4 лет) без понимания прочитанного. Ребенок может читать сложные тексты, но не ответить на простой вопрос по их содержанию.

Феномен «календарных счетчиков», феноменальная память на даты, маршруты.

Абсолютный музыкальный слух, способность к рисованию в определенной технике.

Эти способности носят стереотипный, аутохтонный характер, развиваются вне связи с обучением и не интегрируются в целостную личность. Это подтверждает идею диссоциации.

6. Влияние речевых нарушений на развитие мышления и социальную адаптацию

Речевая патология замыкает порочный круг:

1. **Нарушение аффективного контакта** → нет потребности в коммуникации.

2. **Нет коммуникации** → речь не развивается как инструмент мышления и социализации.

3. **Отсутствие внутренней речи как инструмента планирования и регуляции** → усиление импульсивности, стереотипности поведения.

4. **Невозможность вербального усвоения социальных норм** → углубление социальной дезадаптации.

Вывод: Речевые нарушения при РАС, детально описанные В.М. Башиной, носят системный, специфический характер и не сводятся к логопедическим диагнозам. Их ядро – нарушение коммуникативной функции и прагматики, что напрямую вытекает из первичного аффективного дефекта. Понимание этой связи позволяет дефектологу и логопеду ставить реалистичные цели: не просто «поставить звуки», а работать над созданием мотивации к общению, над развитием диалогической речи и пониманием социального контекста, используя при этом часто сохранные механические способности ребенка как опору.

Проверочные вопросы. Тема 5:

1. Что такое «интеллектуальная диссоциация» при РАС и как она проявляется в речевой сфере? Приведите конкретные примеры.

2. Объясните, почему эхολалию нельзя считать полноценной речью. Каковы, по Башиной, возможные функции эхολалии у ребенка с РАС?

3. Опишите феномен «гиперлексии». Почему это явление считается проявлением диссоциации развития, а не признаком одаренности в общепринятом смысле?

4. Какие нарушения входят в понятие «прагматические нарушения речи» при РАС? Почему именно они являются наиболее тяжелыми и трудно корригируемыми?

5. Как, согласно логике В.М. Башиной, первичное нарушение аффективной сферы связано с характерным для РАС буквальным пониманием речи (непониманием метафор, юмора)?

Практическое задание: «Анализ речевого высказывания при РАС»

Инструкция: Проанализируйте приведенные ниже речевые примеры детей с РАС. Для каждого высказывания определите, какой конкретный речевой феномен, описанный В.М. Башиной, здесь проявляется. Объясните, о каком нарушении в структуре речевой деятельности это свидетельствует.

1. **Взрослый:** «Саша, хочешь яблоко?»
Ребенок (5 лет): «Хочешь яблоко?»

Феномен: _____

Объяснение: _____

2. **Ребенок (6 лет), увидев, что мама надевает пальто:** «Мама, ты куда собралась? На работу? А когда вернешься? В шесть часов? А что будешь делать?» (Задаёт один и тот же ритуальный набор вопросов каждый день, не слушая ответов).

Феномен: _____

Объяснение: _____

3. **Ребенок (7 лет), ударившись:** «Мне не больно. Боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей организма».

Феномен: _____

Объяснение: _____

4. **Взрослый шутливо говорит ребенку (8 лет) с синдромом Аспергера:** «Ну, у тебя и каша в голове!»
Ребенок, ощупывая волосы, серьезно: «У меня в голове нет каши. Там череп, мозг и кровь».

Феномен: _____

Объяснение: _____

5. **Ребенок (4 года) называет свою любимую книжку с картинками слона «Джумбо». Всех других слонов в зоопарке, в мультфильмах он также называет «Джумбо», отказываясь использовать слово «слон».

Феномен: _____

Объяснение: _____

Ответы для самопроверки

1. **Феномен:** Немедленная эхолалия. **Объяснение:** Ребенок не дает ответа по смыслу, а механически повторяет вопрос. Это нарушение коммуникативной функции речи, использование речи как эхосигнала.

2. **Феномен:** Ритуальные, стереотипные вопросы. **Объяснение:** Внешне это диалог, но вопросы задаются не для получения новой информации, а как часть ежедневного ритуала для снижения тревоги от изменения обстановки (ухода мамы). Нарушение прагматики и коммуникативного намерения.

3. **Феномен:** Речевой штамп, использование книжного, заученного определения. **Объяснение:** Ребенок не выражает свое эмоциональное состояние простыми словами («ой, больно!»), а воспроизводит формальное определение, возможно, услышанное или прочитанное. Диссоциация между формальными знаниями и живым эмоциональным опытом.

4. **Феномен:** Буквальное понимание речи, нарушение семантики (понимания переносного смысла). **Объяснение:** Ребенок с РАС не понимает идиоматический оборот «каша в голове» как метафору неразберихи в мыслях. Он анализирует высказывание с точки зрения физической реальности.

5. **Феномен:** Нарушение обобщения значения слова, привязанность слова к конкретному референту. **Объяснение:** Слово «Джумбо» (имя собственное) не становится для ребенка обобщающим понятием «слон».

Нарушение формирования языковых категорий, ригидность семантических связей.

Тема 6: Психопатология возраста: динамика проявлений РАС от детства к подростковому периоду.

Задания

- 1. Прочитайте текст.*
- 2. Ответьте на вопросы.*

Цель: Сформировать понимание возрастной динамики расстройств аутистического спектра на основе клинико-катамнестических описаний В.М. Башиной. Выявить закономерности трансформации ядерной триады нарушений и возникновения новых, возрастнo-обусловленных проблем на разных этапах онтогенеза.

План:

1. Динамический подход как основа прогноза и коррекции. Задачи возрастной психопатологии.
2. Ранний возраст (1-3 года): манифестация и структурирование синдрома.
3. Дошкольный возраст (3-7 лет): фаза наибольшей выраженности стереотипий и формирования вторичных нарушений.
4. Младший школьный возраст (7-11 лет): относительная стабилизация и выявление интеллектуальной диссоциации.
5. Подростковый возраст (пубертат): кризис идентичности, риск коморбидных психических расстройств.
6. Патогенетические механизмы возрастной динамики.

1. Динамический подход как основа прогноза и коррекции

В.М. Башина в своих трудах последовательно отстаивала динамический, катамнестический подход. Она подчеркивала, что РАС — не

застывшая картина, а особый путь развития, на котором под влиянием как биологических (созревание ЦНС, гормональные сдвиги), так и социальных (требования среды, обучение, коррекция) факторов происходит трансформация симптоматики. Понимание этой логики позволяет:

Прогнозировать типичные трудности следующего возрастного этапа.

Отличать возрастные осложнения от истинного ухудшения состояния.

Своевременно готовить ребенка и его окружение к предстоящим кризисам (например, к пубертату).

Оценивать эффективность коррекционной работы в долгосрочной перспективе.

2. Ранний возраст (1-3 года): манифестация и структурирование синдрома

Это период, когда ядерная триада Башиной становится очевидной и оформляется в целостный синдром.

Аутизм: Проявляется как тотальное нарушение эмоционального контакта. Ребенок «не вписывается» в объятия, не откликается на утешение, предпочитает одиночество. Игра носит манипулятивный, несоциальный характер (верчение предметов, выстраивание в ряды).

Коммуникация: Становятся явными грубые нарушения речи (мутизм, эхολалии) или ее отсутствие. Не формируются жесты просьбы, отказа, указания.

Стереотипность: Манифестируют простые моторные стереотипии (раскачивание, взмахи руками), ритуалы в быту, избирательность в еде и одежде. Это основной способ аутостимуляции и защиты от хаоса.

Ключевой патогенетический механизм этого периода: «Эмоциональная блокада» внешнего мира приводит к сенсорной и социальной депривации. Ребенок не получает адекватной развивающей

стимуляции, что создает почву для вторичной задержки психического развития.

3. Дошкольный возраст (3-7 лет): фаза наибольшей выраженности стереотипий и формирования вторичных нарушений

Период, когда на первый план часто выходят наиболее грубые поведенческие нарушения, маскирующие интеллектуальный потенциал.

Аутизм: Может несколько «смягчиться» у части детей. Появляются избирательные привязанности (к матери, к определенному педагогу), но они носят ригидный, симбиотический характер.

Коммуникация: У детей с потенциально сохранным интеллектом может произойти «прорыв» речи – от эхоталий к фразовой, но остающейся штампованной и монологической. Речь не служит для диалога.

Стереотипность: Достигает своего пика. Стереотипии становятся сложными, развернутыми (бег по кругу, кручение всего, что вращается). Формируются сверхценные, узкие интересы (к знакам, схемам, динозаврам). Может появиться самоагрессия как крайняя форма стереотипного поведения и реакции на фрустрацию.

Вторичные нарушения: Четко оформляется интеллектуальная диссоциация. На фоне возможных парциальных способностей (память, счет) грубо страдает социальный интеллект, сюжетная игра, понимание причинно-следственных связей в быту. Формируется навыковый дефицит (самообслуживание, рисование).

Ключевой патогенетический механизм: Действие порочного круга «аутизм → депривация → стереотипия». Чем глубже аутизм, тем больше ребенок компенсирует его стереотипиями, которые, в свою очередь, еще больше изолируют его от среды, углубляя депривацию и закрепляя вторичную задержку.

4. Младший школьный возраст (7-11 лет): относительная стабилизация и выявление интеллектуальной диссоциации

Период «выравнивания» у части детей. Под влиянием обучения и коррекции происходит частичная компенсация.

Аутизм: Снижается полевая активность, ребенок становится более управляемым. Контакт может устанавливаться избирательно и формально, часто через интеллектуальные интересы.

Коммуникация: Речь становится более адекватной, но сохраняются прагматические нарушения (неумение вести диалог, буквальность). Появляется осознание своей «иности», что может вести к замкнутости.

Стереотипность: Моторные стереотипии часто редуцируются (особенно при грамотной коррекции), уступая место стереотипиям интеллектуальным: ригидным системам знаний, коллекционированию, накоплению информации по узкой теме.

Интеллектуальное развитие: Происходит резкое расхождение («диссоциация») траекторий:

Дети с выраженной вторичной умственной отсталостью демонстрируют явное отставание по всем школьным предметам.

Дети с синдромом Аспергера и высокофункциональным аутизмом могут успешно осваивать программу по точным и естественным наукам, но катастрофически отставать в гуманитарной сфере (из-за непонимания подтекстов, социальных мотивов) и в общении со сверстниками.

Ключевая проблема: Школьная дезадаптация. Не из-за незнания, а из-за неумения работать в группе, понимать инструкции учителя, переносить шум и суету, выстраивать отношения.

Патогенетический механизм: Столкновение ригидной психической организации ребенка с РАС с требованиями социальной системы (школы). Требуется не академическая, а социально-бытовая адаптация.

5. Подростковый возраст (пубертат): кризис идентичности и коморбидность

Наиболее сложный и драматичный период, подробно описанный Башиной. Биологическая перестройка обостряет все имеющиеся проблемы и порождает новые.

Аутизм: Может углубляться на фоне стресса от телесных изменений и социальных требований. Или, наоборот, может появиться мучительное осознание своего одиночества и непохожести на других («вторичный аутизм» от переживаний).

Коммуникация: Часто ухудшается из-за нарастающей тревоги. Может появиться немотивированная вербальная агрессия.

Стереотипность: Может возвращаться в виде старых или новых ритуалов как механизм совладания с тревогой.

Ключевые проблемы пубертата:

1. Проблема идентичности: «Кто я?», «Почему я не такой, как все?». Ригидное мышление не дает гибких ответов, что ведет к экзистенциальному кризису.

2. Сексуальность: Непонимание социальных контекстов и норм ведет к неадекватным поведенческим проявлениям (мастурбация на людях, нарушение личных границ других), что резко усиливает социальное отвержение.

3. Высокий риск коморбидных психических расстройств:

Тревожные расстройства (генерализованная тревога, панические атаки).

Депрессия (на фоне осознания своей неполноценности и отвержения).

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) — как патологическое усиление стереотипности.

Кататонические эпизоды (застывания, негативизм) — уязвимость подкорковых структур.

Патогенетический механизм: Наложение биологического кризиса пубертата (гормональная буря, активация подкорковых структур) на изначально незрелую и диссоциированную психическую организацию.

Социальные требования к самостоятельности и сепарации становятся непосильными.

6. Патогенез возрастной динамики: системный взгляд

Динамика РАС, по Башиной, определяется постоянным взаимодействием трех факторов:

1. Биологическая основа (первичный дефект): Изначальная дисфункция систем мозга, ответственных за аффективную регуляцию, сенсорную интеграцию и модуляцию активности. Эта основа задает тип и тяжесть развития.

2. Фактор возраста (созревание): По мере взросления меняется «мишень» для дефекта:

В раннем возрасте страдают базальные системы эмоционального контакта.

В дошкольном — становление символической функции и игры.

В школьном — социальное интеллектуальное функционирование.

В пубертате — интеграция личности и сексуальная идентичность.

3. Социально-педагогический фактор (среда): Наличие или отсутствие ранней, адекватной, непрерывной коррекции является решающим для степени формирования вторичных дефектов. Грамотная среда может значительно смягчить проявления, тогда как депривация и непонимание — усугубить их до уровня тяжелой инвалидизации.

Вывод: Возрастная динамика РАС, детально описанная В.М. Башиной, не является фатальным ухудшением. Это — закономерный процесс развертывания исходного дефекта в новых возрастных условиях. Для дефектолога это знание означает необходимость опережающего, профилактического сопровождения: работа в дошкольном возрасте должна готовить к школе, а работа с младшим школьником — целенаправленно

готовить его и его семью к вызовам подросткового периода, минимизируя риски коморбидных расстройств и социальной катастрофы.

Проверочные вопросы. Тема 6:

1. Почему дошкольный возраст (3-7 лет) характеризуется как период «наибольшей выраженности стереотипий»? Как это связано с патогенетическим механизмом порочного круга?

2. Что такое «интеллектуальная диссоциация» и как она наиболее ярко проявляется именно в младшем школьном возрасте? Приведите конкретные примеры школьных трудностей, вытекающих из этой диссоциации.

3. Каковы три основные группы проблем, обостряющихся в подростковом возрасте у лиц с РАС, согласно описаниям В.М. Башиной? Кратко охарактеризуйте каждую.

4. Объясните, почему у подростка с РАС высок риск развития не столько «классического» аутизма, сколько коморбидных тревожных или депрессивных расстройств. Какова здесь роль фактора осознания?

5. Как, согласно динамическому подходу Башиной, должна меняться основная цель коррекционной работы дефектолога при переходе ребенка с РАС из дошкольного в школьный, а затем в подростковый возраст?

Тема 7: Современные подходы к коррекции и адаптации лиц с РАС.

Задания

1. *Прочитайте текст.*

2. *Ответьте на вопросы.*

Цель: Сформировать системное представление о современных научно-доказательных подходах к помощи лицам с РАС, рассмотрев их через призму клинико-психологической модели В.М. Башиной. Научить критически анализировать и интегрировать методы коррекции, исходя из понимания структуры дефекта и возрастной динамики.

План:

1. От терапии к поддержке: эволюция целей помощи при РАС.
2. Принципы построения коррекционной работы, вытекающие из модели М.В. Башиной.
3. Обзор современных научно-доказательных подходов (краткая характеристика, сильные стороны, ограничения).
4. Диалог с наследием: как идеи Башиной находят отражение и развитие в современных методах.
5. Междисциплинарная команда и создание специальных образовательных условий.
6. Этика и гуманизм в работе с людьми с РАС: от теории к практике.

1. От терапии к поддержке: эволюция целей помощи

Исторически помощь при аутизме прошла путь от поиска «излечения» (медикаментозного, психоаналитического) к концепции пожизненной поддержки и создания адаптивной среды. Современная парадигма, созвучная идеям В. Башиной, утверждает:

Цель — не «сделать нормальным», а максимально раскрыть потенциал, улучшить качество жизни и уровень независимости (адаптации).

Фокус — не на симптомах, а на функциональных навыках, необходимых для жизни в обществе.

Объект воздействия — не только ребенок, но и его окружение (семья, образовательная среда, социум).

2. Принципы построения коррекционной работы, вытекающие из модели М.В. Башиной

Концепция «первичного аффективного дефекта» и «вторичных нарушений» задает четкие стратегические ориентиры для дефектолога:

1. Принцип приоритетности установления эмоционального контакта. Любая коррекция начинается не с обучения, а с эмоционального «заражения», совместного разделения положительного аффекта, создания безопасных и предсказуемых отношений. Без этого все обучение будет механическим и нефункциональным.

2. Принцип «обходных путей» и опоры на сохранные функции. Учитывая интеллектуальную диссоциацию, необходимо выявлять сильные стороны (зрительная память, внимание к деталям, системное мышление) и через них компенсировать слабые (социальное понимание, речь).

3. Принцип осмысленности и функциональности. Навык (речевой, бытовой, социальный) должен формироваться не изолированно, а в осмысленном, эмоционально значимом для ребенка контексте. Зачем говорить «дай», если можно молча взять руку взрослого? Надо создать ситуацию, где слово становится необходимым инструментом.

4. Принцип последовательности и этапности, соответствующей возрастной динамике. Работа должна опережать и готовить к кризисам следующего возраста (см. Лекцию 6).

5. Принцип структурирования внешней среды для компенсации внутренней дезорганизации. Понимая глубину тревоги и нарушений сенсорной интеграции, мы организуем пространство, время и задания так, чтобы сделать мир предсказуемым и сильным.

3. Обзор современных научно-доказательных подходов

Подходы, имеющие наибольшую доказательную базу и соответствующие принципам Башиной:

Прикладной анализ поведения (Applied Behavior Analysis, ABA):

Суть: Систематическое применение принципов поведения (подкрепление, гашение) для формирования социально значимых навыков и уменьшения проблемного поведения.

Сильные стороны: Высокая эффективность в формировании конкретных, измеримых навыков (самообслуживание, академические навыки, имитация). Позволяет «разбить» сложное поведение на мелкие шаги.

Ограничения/критика: Риск механистичности, игнорирования внутренней мотивации и эмоций. Без интеграции в эмоциональный контакт может привести к выученной беспомощности или «роботизированному» поведению.

Эффективен для коррекции вторичных поведенческих нарушений и формирования навыков. Но должен применяться не как догма, а как технологичный инструмент в рамках более широкой, эмоционально-насыщенной программы.

Денверская модель раннего вмешательства (ESDM) и подход DIR/Floortime (Гринспен):

Суть: Игровые, развивающие модели, где взрослый следует за интересами ребенка, чтобы вовлечь его в эмоционально насыщенное взаимодействие. Акцент на развитии аффективной регуляции, общения и мышления через игру.

Сильные стороны: Прямая работа с ядром аутизма — аффективной и коммуникативной сферой. Развитие инициативы и внутренней мотивации.

Прямое воплощение принципа приоритетности эмоционального контакта. Эти подходы операционализируют клинические идеи Башиной в конкретные техники взаимодействия «на полу».

Подход TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children):

Суть: Создание структурированной среды с использованием визуальной поддержки (расписания, схемы заданий, системы организации рабочего места). Уважение к «культуре аутизма».

Сильные стороны: Эффективно снижает тревогу, повышает самостоятельность, позволяет ребенку понять требования мира. Работает с познавательным стилем при аутизме (сильная визуальная обработка, потребность в порядке).

Реализует принцип структурирования внешней среды для компенсации внутренней дезорганизации. Это «костыль», который позволяет человеку с РАС действовать независимо, снижая вторичную беспомощность.

Альтернативная и дополнительная коммуникация (АДК): PECS, коммуникаторы, жесты.

Суть: Предоставление невербальных средств для выражения потребностей и мыслей.

Прямой ответ на вторичное нарушение коммуникации. Снимает фрустрацию, предотвращает проблемное поведение, является «мостиком» к развитию речи, так как создает мотивацию к обмену смыслами.

4. Создание специальных образовательных условий (СОУ) и роль команды

Коррекция эффективна только в адекватной среде. СОУ для ребенка с РАС включают:

Кадровые условия: Междисциплинарная команда (дефектолог, логопед, психолог, тьютор, психиатр), где дефектолог часто выступает куратором случая, интегрируя усилия всех специалистов на основе целостного понимания ребенка (как это делала Башина в клиническом анализе).

Материально-технические: Зоны сенсорной разгрузки, структурированные рабочие места, визуальные supports.

Организационные: Гибкий режим, индивидуальный учебный план, возможность перерывов.

Психолого-педагогические: Адаптированная программа, методы мотивации, положительная поведенческая поддержка.

5. Этика и гуманизм: от теории к практике

Это не только клинические описания, но и пример уважительного, личностно-ориентированного подхода. Современный специалист должен:

Видеть за симптомами личность с ее уникальным опытом и восприятием мира.

Уважать право на самостимуляцию (стереотипии), понимая ее компенсаторную функцию, и не бороться с ней грубо, а искать более социально приемлемые формы сенсорной регуляции.

Работать в партнерстве с семьей, которая является главным экспертом по своему ребенку и нуждается не в указаниях, а в поддержке и обучении.

Помнить, что аутизм — не болезнь, а другой способ бытия. Задача — не стеречь это отличие, а построить мосты понимания между разными нейротипами.

Итоговый вывод: Клинико-психологическая модель В.М. Башиной, с ее акцентом на первичный аффективный дефект, триаду нарушений, возрастную динамику и вторичные осложнения, предоставляет прочный, системный теоретический фундамент для современной дефектологии. Этот фундамент позволяет не слепо копировать зарубежные методики, а осмысленно выбирать, адаптировать и комбинировать подходы (АВА, Floortime, ТЕАССН), исходя из глубокого понимания сути проблем конкретного ребенка. Таким образом, Башина вооружает нас не набором рецептов, а картой и компасом для профессионального путешествия в мире аутизма.

Проверочные вопросы. Тема 7:

1. Сформулируйте главную цель современной помощи людям с РАС. Чем она отличается от цели «излечения»?

2. Как принцип «приоритетности установления эмоционального контакта» (вытекающий из модели Башиной) должен влиять на начальный этап работы дефектолога с неговорящим ребенком с РАС?

3. В чем заключается основное философское и методическое различие между подходами АВА и DIR/Floortime? Какие сильные стороны каждого из них можно использовать в рамках модели Башиной?

4. Почему подход ТЕАССН (визуальная поддержка, структурирование) считается высокоэффективным для многих людей с РАС? На какой когнитивной особенности он основан?

5. Какую роль, согласно современным представлениям, должен играть дефектолог в междисциплинарной команде специалистов, сопровождающей ребенка с РАС? Чему для этого он должен научиться?

Задания

Ответьте на вопросы итогового теста.

Инструкция: Выберите один или несколько правильных ответов.

Итоговый тест «РАС по работам В.М. Башиной». Темы 1–7.

1. Основным вкладом В.М. Башиной в изучение РАС является:
 - а) Открытие новых лекарств для терапии аутизма.
 - б) Разработка клинико-психологической модели с анализом структуры дефекта и возрастной динамики.
 - в) Создание первого в России центра для детей с аутизмом.
 - г) Доказательство исключительно психогенной природы РАС.
2. Триада нарушений, которую систематизировала и детально описала В.М. Башина, включает:
 - а) Аутизм, агрессию, интеллектуальную недостаточность.
 - б) Нарушения аффективного контакта, коммуникации и стереотипность поведения.
 - в) Сенсорную дисфункцию, речевую задержку, моторную неловкость.

г) Склонность к ритуалам, избегание глазного контакта, эхолалии.

3. Понятие «интеллектуальной диссоциации» при РАС, введенное Башиной, означает:

а) Равномерное отставание по всем интеллектуальным показателям.

б) Сочетание высокого вербального интеллекта с низким невербальным.

в) Неравномерность развития: наличие «островков» способностей при общем дефиците социального интеллекта.

г) Постепенное снижение IQ с возрастом.

4. Ранним диагностическим признаком РАС в младенчестве, согласно Башиной, является:

а) Отсутствие ходьбы к 1 году.

б) Отсутствие или парадоксальность «комплекса оживления».

в) Позднее прорезывание зубов.

г) Частый плач.

5. Для синдрома Аспергера, в отличие от синдрома Каннера, наиболее характерно:

а) Отсутствие фразовой речи до 6 лет.

б) Глубокое нарушение эмоционального контакта с рождения.

в) Сохранность формальной речи при грубом нарушении ее прагматики.

г) Наличие галлюцинаций и бреда.

6. Основной функцией стереотипного поведения при РАС, согласно Башиной, является:

а) Привлечение внимания окружающих.

б) Самостимуляция и защита от непредсказуемого, тревожного мира.

в) Намеренное непослушание.

г) Признак гениальности.

7. Наиболее типичным речевым нарушением при классическом синдроме Каннера является:

- а) Заикание.
- б) Эхолалия и мутизм.
- в) Ускоренный темп речи.
- г) Дизартрия.

8. Главной проблемой подросткового возраста при РАС, описанной Башиной, является:

- а) Полная ремиссия всех симптомов.
- б) Кризис идентичности и высокий риск коморбидных тревожных и депрессивных расстройств.
- в) Возврат к моторным стереотипиям младенчества.
- г) Спонтанное развитие блестящих социальных навыков.

9. Какой из современных подходов наиболее прямо соответствует принципу Башиной о приоритетности установления эмоционального контакта?

- а) Строгий поведенческий протокол по методу АВА.
- б) Медикаментозная терапия.
- в) Подход DIR/Floortime, где взрослый следует за интересом ребенка в игре.
- г) Интенсивная логопедическая коррекция.

10. Создание зоны сенсорной разгрузки и использование визуального расписания в школе для ребенка с РАС реализует принцип, вытекающий из модели Башиной:

- а) Принцип постоянного усложнения заданий.
- б) Принцип структурирования внешней среды для компенсации внутренней дезорганизации.
- в) Принцип соревнования со сверстниками.
- г) Принцип минимального вмешательства.

Ответы к итоговому тесту:

1. б

2. б
3. в
4. б
5. в
6. б
7. б
8. б
9. в
10. б

Сведения об авторах

ПРОКОВА Наталия Ивановна, доцент кафедры педагогики, психологии и инклюзивного образования ГАОУ ДПО ВИРО имени Л.И. Новиковой.

Литература к курсу:

1. ***Башина, В. М. (1999). Аутизм в детстве. М.: Медицина. (Библиотека практикующего врача). — 236 с.***
2. ***Башина, В. М. (1980). Ранняя детская шизофрения (клиника, патогенез, лечение). М.: Медицина.***
3. ***Башина, В. М. (1989). О шизофреническом процессе в детском возрасте. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.***
4. ***Выготский, Л. С. (1983). Собрание сочинений: В 6 т. Т. 5: Основы дефектологии. М.: Педагогика.***
5. ***Выготский, Л. С. (1995). Проблемы дефектологии. М.: Просвещение.***
6. ***Никольская, О. С., Баенская, Е. Р., Либлинг, М. М. (1997/2020). Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф.***