

Содержание

Предисловие научного редактора	6
9 исследования и методология	
<i>Ю. Е. Садовская, А. Л. Битова, Б. М. Блохин</i> Расширенный аутистический фенотип. Дисфункция сенсорной интеграции в детском возрасте	11
<i>Джозеф Е. Леду (перевод Д. В. Ермолаева)</i> Взаимодействие между познавательной и аффективной сферами на уровне мозга	23
53 предложения, рекомендации, методики	
<i>А. В. Буданцев</i> Кохлеарная имплантация: взгляд сквозь призму взаимодействия между матерью и ребенком	55
<i>Е. Ю. Горина</i> Использование наглядных расписаний в работе с детьми, имеющими различные трудности в обучении	63
<i>О. В. Караневская</i> Особенности формирования средств дополнительной коммуникации с помощью карточек у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра (на примере использования PECS) ...	80
<i>А. А. Кибрик (при участии Т. А. Бондарь и Е. Н. Лебедевой)</i> Языковая программа МАКАТОН как система мультимодальной коммуникации	87
<i>Е. Ю. Климонтович</i> Формирование простой фразы у детей с расстройствами аутистического спектра. Некоторые методические рекомендации	93
<i>Е. Ю. Климонтович</i> Развитие речи у подростков и взрослых с расстройствами аутистического спектра. Из практики логопедической работы	105

<i>Н. А. Мальцева</i> Мультитерапия: место анимации в работе психолога	114
<i>Н. А. Мальцева</i> Песочная терапия в работе с особым ребенком	120
<i>М. А. Посицельская</i> Дочисловая математика. Подготовка к освоению чисел и величин	126
<i>В. Л. Рыскина</i> Проблемы ранней коммуникации и формат поддержки в открытой среде семей с детьми раннего возраста, имеющими расстройства аутистического спектра	152
<i>Е. Н. Топоркова, А. В. Орлова, Е. Л. Цырульникова</i> Особенности формирования предметно-практической деятельности у детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития	160

167 практический опыт

<i>М. В. Яремчук</i> Игровые занятия в системе помощи детям с особенностями развития	169
<i>И. Ю. Захарова, Е. В. Моржина</i> Последовательное введение ребенка с расстройством аутистического спектра в группу сверстников и в интегративную группу «детский сад»	190
<i>Е. С. Домбровская</i> Интегративный детский сад. Опыт работы	195
<i>М. В. Яремчук</i> Проведение урока (группового фронтального занятия) для детей с множественными нарушениями развития	207
<i>О. В. Караневская</i> Начальный этап подготовки к школьному обучению детей, имеющих расстройства аутистического спектра, в общеобразовательной школе	225

Е. Ю. Горина
Опыт разработки программ обучения детей
с тяжелыми и множественными нарушениями
в начальной школе (на примере чтения) 235

Т. П. Юдина, Д. Л. Саксонов
Проект «Обучение и социализация подростков
с расстройствами аутистического спектра
на средней ступени общеобразовательной школы» 252

А. А. Легостаева
Программа «Передышка» для семей, воспитывающих
детей и подростков с нарушениями развития..... 260

**265 Система помощи особому человеку и его семье:
что дальше?**

А. Л. Битова
Жизнь с аутизмом:
ребенок с аутизмом становится взрослым с аутизмом 267

Е. В. Клочкова
Перспективы развития физической терапии
и эрготерапии в России.
Проблемы и возможные решения 272

И. В. Ларикова
Особые дети и взрослые,
оставшиеся без поддержки семьи:
основные проблемы и взгляд в будущее 276

Авторы сборника 294

Предисловие научного редактора

Один из базовых принципов, определяющих систему работы в Центре лечебной педагогики, гласит: «Работа в команде значительно эффективнее работы специалиста-одиночки». Настоящий сборник является яркой иллюстрацией этого принципа: в нем нашла отражение работа разных членов лечебно-педагогической команды, причем, как видно из некоторых статей, эти специалисты действуют согласованно, внося свой вклад в совместную работу.

Первый раздел представляет интерес в первую очередь для специалистов – педагогов, психологов, медиков. Представленные здесь статьи имеют непосредственное отношение к организации помощи особому ребенку, помогают понять закономерности, которым подчинено нормативное и нарушенное развитие, и в т.ч. развитие эмоциональное, которое в последние годы вызывает все больший интерес у исследователей и практиков.

Второй раздел сборника посвящен работе специалистов, представляющих различные области педагогики и психологии. Здесь собраны тексты, посвященные работе с ребенком на разных возрастных этапах (от раннего возраста до взрослости), ориентированные на развитие сенсомоторной, эмоционально-волевой и познавательной сфер и различных процессов, тесно связанных с этими сферами (общение, построение грамотной фразы, формирование предметных представлений и т.д.). Лечебная педагогика предполагает очень широкий взгляд на ребенка и семью. Важно не ограничиваться воздействием на самую яркую, хорошо заметную проблему ребенка (например, отсутствие речи или плохую успеваемость по математике), но работать над целостным и гармоничным его развитием. В сборнике читатель найдет ряд статей, посвященных адаптации и интеграции ребенка в коллективе сверстников (И.Ю. Захарова, Е.В. Моржина; Е.С. Домбровская; Е.Ю. Горина), установлению контакта и взаимодействия с ребенком (М.В. Яремчук, А.В. Буданцев). Наряду с этим, безусловно, необходимо уделять внимание и тем сферам, недостаточное или искаженное развитие которых мешает адаптации и полноценной жизни – такой прицельной работе посвящены

статьи Е.Н. Топорковой с соавт., А.А. Кибрик, О.В. Караневской, Е.Ю. Климонтович, М.А. Посицельской и др.

В третьем разделе сборника читатель найдет описания различных форм и методов лечебно-педагогической работы. Многие из них давно и широко известны. Так, никого не удивит, что для маленького ребенка очень эффективной формой занятий является игра, а на этапе подготовки к школе хороших результатов позволяет достичь моделирование школьной ситуации и проведение уроков и других организованных занятий. Но если подобные занятия в группе детей с задержкой психического развития или гиперактивностью в последнее время стали привычными для специалистов коррекционных центров, то описание урока в группе детей с грубыми нарушениями сенсомоторного развития, интеллекта и речи может оказаться для них новым. Также привычно будет встретить в сборнике описание работы логопеда. Однако, возможно, работа логопеда с молодым человеком, который начал говорить и пользоваться речью лишь после 19 лет (Е.Ю. Климонтович), вызовет интерес именно своей новизной и необычностью.

Давно известно, что помощь ребенку раннего возраста наиболее эффективна, если в работу включены родители малыша. Статья В.Л. Рыскиной представляет многолетнюю работу центра «Зеленый остров» – места открытого приема для семей с детьми от рождения до 3-х лет. В этом же разделе рассказывается и о таких новых формах работы как обучение дополнительной коммуникации МАКАТОН (А.А. Кибрик) и PECS (О.В. Караневская), создание вместе с ребенком мультфильмов и использование песочной терапии (Н.А. Мальцева), организация досуга для особых детей и подростков в группе «Передышка».

Порядок, в котором следуют друг за другом тексты третьего раздела, во многом отражает ход развития ребенка – от раннего возраста к подростковому.

Четвертый раздел сборника можно считать в некотором роде продолжением третьего – статьи А.Л. Битовой и И.В. Лариковой посвящены не только детям, но и взрослым людям с нарушениями, система помощи которым в нашей стране находится в стадии активного становления. Обсуждаются вопросы нормализации жизни особых людей, правовая поддержка и шаги по изменению законодательства, благодаря которым особые дети, вырастая и становясь взрослыми, смогут остаться в привычном окружении и найти достойную позицию

в социуме. Статья Е.В. Ключковой, посвященная эрго- и физической терапии для помощи людям с двигательными нарушениями, также обращена в будущее – это важное направление работы с особыми детьми и взрослыми само нуждается в развитии и распространении.

Мы надеемся, что представленные в сборнике тексты будут полезными для всех, кто так или иначе сталкивается с проблемой особого детства: в первую очередь для родителей и близких особых детей, а также для специалистов, работающих с детьми и взрослыми.

Ирина Константинова,
канд. психол. наук, нейропсихолог,
эксперт Центра лечебной педагогики (Москва)

исследования и методология

Расширенный аутистический фенотип. Дисфункция сенсорной интеграции в детском возрасте

Ю. Е. Садовская, А. Л. Битова, Б. М. Блохин

В клинической практике выражения «аутизм», «расстройства аутистического спектра» и «первазивное нарушение развития» зачастую используются как взаимозаменяемые. В свою очередь, расстройства аутистического спектра включены в расширенный аутистический фенотип (англ. broader autism phenotype, BAP), описывающий также лиц с аутичными чертами поведения, но проявления основных симптомов которого мягче и оснований для постановки диагноза аутизм недостаточно. Таким образом, в современных условиях особое внимание в педиатрии уделяется изучению аутистикоподобных расстройств, тождественных по проявлениям раннему детскому аутизму, но имеющих иное (неэндогенное) происхождение. Фенотипически схожим состоянием является относительно новый синдром в нейрорепедиатрии – дисфункция сенсорной интеграции (ДиСИ).

По данным ряда исследований, встречаемость аутизма в популяции с каждым годом растет. Однако неясно, связано ли это с какими-то внешними факторами или же просто происходит расширение границ понятия «аутичности». В некоторой степени рост частоты аутизма объясняется включением в этот спектр пациентов с ДиСИ, частота которой составляет от 5 до 30% в детской популяции (Ahn R. et al., 2004; Miller L. and Fuller D., 2006; Ben-Sasson A. et al., 2009). Большинство недавних обзоров сходятся на том, что распространенность аутизма составляет 1–2 человека на 1000, а расстройств аутистического спектра – около 6 человек на 1000, хотя из-за недостаточности данных в последнем случае реальное количество может быть выше (Newschaffer C. J., Croen L. A., Daniels J. et al., 2007; Freitag C. M., 2007).

В задачи исследования входило исследовать фенотипическое перекрывание ключевых диагностических критериев аутизма с нарушением сенсорной обработки с позиций теории сенсорной интеграции; исследовать устойчивость и достоверность диагноза аутизм в динамике наблюдения за 2 года терапии у пациентов дошкольного возраста.

Материал и методы

Среди обратившихся в Центр лечебной педагогики родителей с детьми с нарушениями развития была выделена группа из 107 пациентов дошкольного возраста с аутизмом без умственной отсталости (диагноз установлен в других учреждениях). Средний возраст пациентов составил $3,8 \pm 2,1$ года. Группа пациентов была гетерогенной, но все имели те или иные симптомы аутистического радикала. Наряду с осмотрами невролога, психиатра, психолога проводилось тестирование по шкале раннего детского аутизма CARS (Schopler E. et al., 1980), изучение текущего уровня адаптивности (Kobayashi R., Murata T., Kobayashi R., 2003) и сенсорного профиля (Dunn W., 1999). Проведена терапия методом сенсорной интеграции в течение 2 лет, с проведением текущего анализа клинического состояния до начала терапии и далее каждые 4 месяца. Уточнение диагноза осуществлялось двумя независимыми психиатрами.

Курс нейрореабилитации составлял 2 года, программа включала в себя:

- метод сенсорной интеграции;
- модификацию среды;
- расширенное обучение родителей;
- сенсорную диету – стратегии, основанные как на отношениях с окружающими, так и на собственной сенсорной сфере.

Контрольная группа составила 144 пациента с аналогичными гендерными и возрастными параметрами.

Результаты

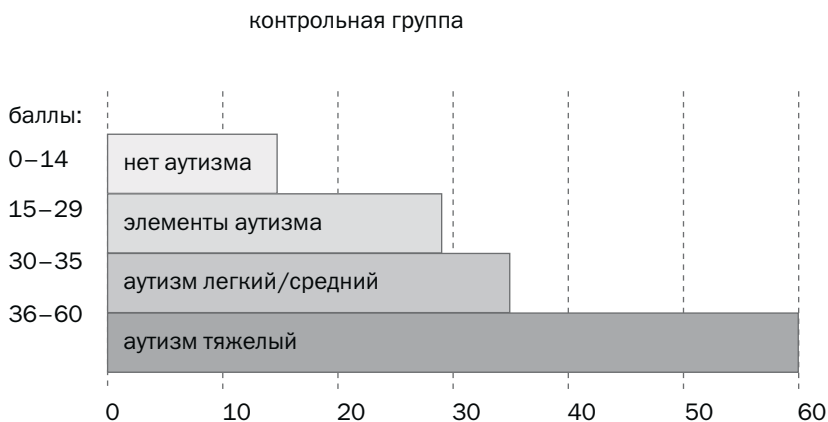
В практической работе специалистам чаще всего приходится встречаться с аффективной лабильностью, возбудимостью, гиперактивностью, повышенной отвлекаемостью. Однако, помимо аутизма, эти нарушения могут служить внешними признаками ряда других состояний. В связи с этим следует тщательно разграничивать аутизм и круг состояний, сходных с ним по внешним проявлениям, но существенно отличающихся как по своим причинам, так и по методам коррекции. Основными жалобами были:

- 1) аффективная лабильность;
- 2) задержка речи;

- 3) трудности формирования навыков самообслуживания;
- 4) боязливость, страх при осмотрах врачей;
- 5) повышенная отвлекаемость;
- 6) повышенный или пониженный уровень общей активности;
- 7) ходьба на цыпочках;
- 8) крайняя пищевая избирательность;
- 9) бедность игровых навыков;
- 10) трудности коммуникации;
- 11) трудности социальной адаптации (не удерживались в детских садах, избегали шумных помещений, театров и др.).

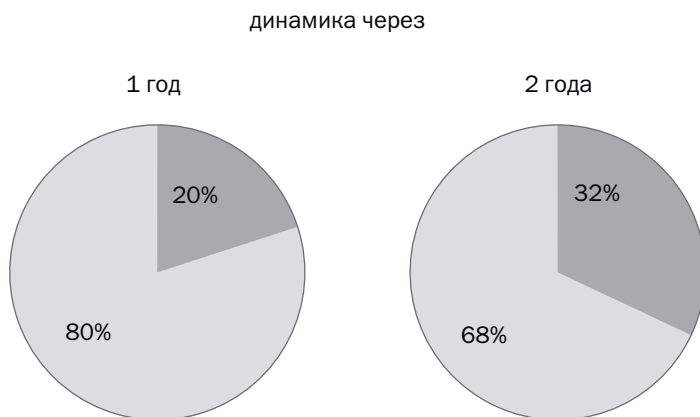
При тестировании по шкале детского аутизма CARS исключались пациенты с 0–14 баллами, исследовательская группа имела от 15 до 35 баллов, что соответствовало категориям: 15–29 – элементы аутизма, 30–35 – аутизм легкой степени (рис. 1).

рис. 1. Результаты исследования по шкале CARS у пациентов с различными вариантами нарушений сенсорной обработки



В динамике наблюдения и лечения спустя 1 год на повторной медико-педагогической комиссии в 20,5% случаев, а через 2 года у 32% детей от первично обратившихся не подтвердился диагноз аутизм (рис. 2). Таким образом, вмешательство влияло на симптоматику в лучшую сторону и, как следствие, влияло на выставяемый диагноз.

рис. 2. Результаты сенсорно-интегративной терапии у пациентов с ранее установленным диагнозом аутизм

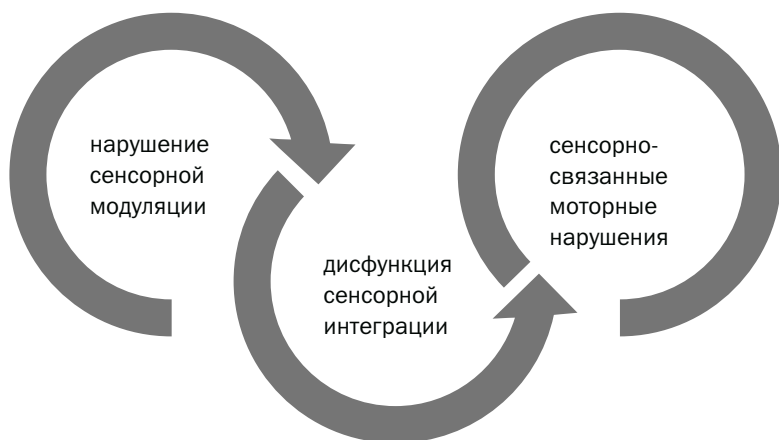


Среди других состояний были: дисфункция сенсорной интеграции (ДиСИ), задержка психоречевого развития с задержкой развития эмоциональной регуляции, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, нейросенсорная тугоухость, психотические нарушения, невротический мутизм и др. ДиСИ была выявлена впервые в 59 % случаев в группе «не-аутизм» (у 20 из 34 пациентов).

Термином «дисфункция сенсорной интеграции» обозначается комплексное церебральное расстройство. Дети, имеющие данную дисфункцию, неправильно интерпретируют повседневную сенсорную информацию, в том числе тактильную, слуховую, зрительную, обонятельную, вкусовую и двигательную, что в свою очередь приводит к нарушению регуляции поведения, эмоций, развития координации, речи и, как следствие, влияет на обучение и социальную адаптацию.

Нарушения сенсорной обработки могут быть как идиопатическими, так и симптоматическими. Они включают в себя гипочувствительность или гиперчувствительность к различным стимулам, а также искажения сенсорного восприятия. Нарушение сенсорной обработки включает несколько видов расстройств – нарушение сенсорной модуляции, сенсорно-связанные моторные нарушения (диспраксия развития, нарушение координации зрения, позы), ДиСИ (генерализованное расстройство сенсорной обработки) (рис. 3).

рис. 3. Дисфункция сенсорной обработки



Нами выделены основные симптомы ДиСИ и разработан диагностический алгоритм (Садовская Ю. Е., 2011).

Ключевые симптомы дисфункции сенсорной интеграции:

- невнимательность.
- атипичный (высокий/низкий) уровень активности.
- нарушение общения и коммуникации со сверстниками.
- аффективная лабильность.

Диагноз ДиСИ устанавливался на основании анамнеза заболевания, особенностей восприятия различных сенсорных стимулов (слуховых, зрительных, обонятельных, вкусовых, тактильных), исследования неврологического статуса (табл. 1), сенсорного профиля SSP, где итоговый балл соответствовал «отчетливым» (76%) или «возможным различиям» (24%) и по шкале CARS баллы не превышали 29 (то есть состояние не соответствовало категории «аутизм»).

Диагноз аутизм остался без изменений у 73 детей (68%). Все ключевые диагностические критерии аутизма мы рассматривали с позиций теории сенсорной интеграции (Ayres J., 1989).

По данным нашего исследования, те или иные симптомы нарушений сенсорной обработки выявляются в 100% случаев аутизма, нарушения сенсорной модуляции наблюдались у 60/73 (82%) детей с аутизмом, что указывает на глобальный характер сенсорных дисфункций.

Показатели сенсорного профиля обнаружили изменения по всем субшкалам при сравнении с контрольной группой, самая высокая частота ($p < 0,05$) «отчетливых различий» выявлена по субшкалам слуховой фильтрации (55%), сенсорный поиск (40%), низкий энергетический ресурс (40%). «Типичное выполнение» отмечено в 55% случаев по субшкалам двигательная и зрительная/слуховая чувствительность. При сравнении данных сенсорного профиля пациентов с аутизмом с контрольной группой выявлены специфические паттерны сенсорного профиля в обонятельной/вкусовой, двигательной, тактильной гиперчувствительности, слуховой фильтрации входящих сигналов и сенсорном поиске. Суммарный коэффициент сенсорного профиля соответствовал «отчетливым различиям» – $0,57 \pm 0,06$, в контрольной группе – $0,72 \pm 0,13$. Дефициты сенсорной модуляции (в большей степени сенсорный поиск и слуховая фильтрация) ограничивали способности детей поддерживать внимание, регулировать общий уровень активации и, в конечном счете, достигать и поддерживать оптимальный уровень выполнения задания, необходимый для адаптации и обучения.

Сенсорно-основанные моторные нарушения (диспраксия и позотонические расстройства) выявлены в 85% случаев, что выявляло клиническое неврологическое исследование (табл. 1). Своевременное определение подтипа нарушения сенсорной обработки позволяло разрабатывать индивидуальную программу нейроабилитации.

таблица 1. Неврологический статус пациентов с аутизмом и нарушением сенсорной обработки

симптомы (% нарушений) / группы пациентов, п	аутизм п = 73		НСМ п = 112		ДиСИ п = 82		КГ п = 144	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
поза и мышечный тонус	47	64	30	27	57	69	10	6,9
рефлексы	9	12	39	35	34	42	10	6,9
хореоформная дискинезия	12	16	15	13	7	8	-	-
координация и баланс	42	58	36	32	73	89	-	-
дефицит мелкой моторики	33	45	25	22	32	39	-	-
глазодвигательная координация/зрительный контроль	39	53	15	13	36	44	-	-
билатеральный контроль	35	48	7	6	60	73	-	-
оральный праксис	25	34	15	13	29	35	6	4,2
праксис	63	86		8	82	100		

К диагностическим критериям аутизма принадлежит компульсивное, навязчивое поведение, которое нами прослеживалось и у пациентов с ДиСИ, но достоверно реже, чем в группе аутизма, и выше, чем в средней популяции (табл. 2).

таблица 2. Встречаемость различных патологических паттернов поведения у пациентов с аутизмом и дисфункцией сенсорной интеграции

патологические паттерны поведения / группы пациентов, %	аутизм п = 36		дисфункция сенсорной интеграции, п = 82	
	Абс.	%	Абс.	%
повторяющееся использование объектов или заинтересованность их частями	28	78	32	40
необычные сенсорные интересы	27	75	40	50
комплексные маневризмы или стереотипные движения туловищем	22	61	22	27
маневризмы рук и пальцев	19	53	18	23
необычная озабоченность/рассеянность	16	44	13	16
общая чувствительность к шуму	22	61	18	23
аномальный идиосинкратический ответ на сенсорные стимулы	29	81	58	71
трудности адаптации к изменениям	36	100	60	73
самоповреждающее поведение	10	29	30	39
необычная привязанность	9	25	13	16
компульсии/ритуалы	7	19	8	10

Дискуссия

В начале XXI века было предложено понятие «расстройство аутистического спектра» (РАС). В DSM-V и МКБ-11 выделение каких-либо категорий внутри РАС не предполагается, а общие критерии хорошо знакомы и по-прежнему относятся в основном к поведенческому уровню (Alarcon, 2010):

1) клинически значимая постоянная дефицитарность в социальной коммуникации и взаимодействии;

2) ограниченные, повторяющиеся паттерны поведения, интересов и активностей;

3) симптомы могут присутствовать в раннем детстве (но не проявляются в полной мере, пока социальные требования не превысят ограниченных возможностей).

Эти критерии не представляются достаточно сильными с точки зрения клинической диагностики, и даже высказывалось мнение, что для РАС общими являются скорее принципы психолого-педагогической коррекции (Морозов, 2006). Volkmar с коллегами считают, что группа PDD NOS (Pervasive developmental disorders, PDD) вообще сформирована в основном по остаточному принципу, что делает ее характеристики очень неопределенными (Volkmar, State и Klin, 2009). Границы между собственно аутизмом и расширенным фенотипом оказались по-прежнему весьма расплывчатыми.

К симптомам расширенного аутистического фенотипа относят:

- социальную застенчивость;
- трудности в приобретении друзей;
- проблемы с пониманием социального контекста;
- своеобразие и однообразие игр, увлечение систематическими графиками / расписаниями;
- компульсивное поведение;
- навязчивое поведение.

Для диагностирования аутизма одного симптома недостаточно, требуется наличие характерной триады:

- недостаток социальных взаимодействий;
- нарушенная взаимная коммуникация;
- ограниченность интересов и повторяющийся репертуар поведения.

Отдельные симптомы триады встречаются в общем населении, причем степень их ассоциации друг с другом невысока и патологические проявления расположены в едином континууме с общими для большинства людей чертами. Аутизм – состояние, характеризующееся преобладанием замкнутой внутренней жизни, активным отстранением от внешнего мира, бедностью выражения эмоций (London E., 2007). Дифференциальная диагностика аутизма легкой/средней степени и идиопатических вариантов нарушений сенсорной обработки чрезвычайно сложна, так как у каждого ребенка с аутизмом есть сенсорные проблемы. По данным исследования, проведенного в 2009 году в США (Filipek P. A. и др., 2009), средний возраст постановки фор-

Трудности в диагностике расширенного аутистического фенотипа (РАФ) обусловлены:

1) наличием в клинической картине отдельных (но не всех) симптомов РАФ;

2) изменением психопатологической картины в процессе развития ребенка;

3) различной степенью выраженности РАФ.

Вместе с тем имеют место как *гипердиагностика* (рост распространенности нарушений аутистического спектра; рост популярности лекарственного подхода к терапии, расширение набора льгот и т.д.), так и *гиподиагностика* (симптомы остаются незамеченными; попытки избежать затрат на скрининг, лабораторную и аппаратную диагностику).

В МКБ-10 диагноз ДиСИ отсутствует, поэтому существует проблема официального диагноза. В настоящее время рассматривается вопрос о признании ДиСИ как отдельного нейробиологического расстройства, что подтверждают данные диффузионной спектральной томографии. Так, были выявлены аномалии в белом веществе главным образом в задних областях мозга, которые связаны со слуховым, зрительным и соматосенсорным (тактильным) восприятием, включая межполушарные связи между левой и правой половиной мозга (Owen J. P. et al, 2013).

Нарушения сенсорной обработки нашли отражение в трех существующих диагностических классификациях:

– диагностической классификации психического здоровья и развития младенчества и раннего детства, исправленной версии (известная как «Zero to Three», 2005; DC: 0–3R, Diagnostic Classification of mental health and Developmental Disorders of Infancy and early childhood, revised);

– диагностическом руководстве младенчества и раннего возраста (Diagnostic Manual for Infancy and early childhood of the Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (ICDL, 2005));

– диагностическом психодинамическом руководстве (Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), 2006).

Эти руководства включают диагностическую таксономию с подтипами нарушений сенсорной обработки.

Заключение

Таким образом, средний возраст постановки диагноза аутизм составил $4,2 \pm 2,1$ года. На фоне терапии методом сенсорной интеграции у 32% из 107 пациентов дошкольного возраста диагноз «аутизм» не подтвержден. Это говорит о том, что требуется особая тщательность в работе клиницистов и необходима повышенная критичность при проведении диагностического этапа обследования.

Взаимосвязь ключевых симптомов аутизма с проявлениями сенсорных дисфункций носит глобальный характер. Мы рекомендуем исследовать сенсорное и сенсомоторное развитие всем пациентам с аутистическим фенотипом. При проведении дифференциального диагноза следует рассматривать синдром нарушения сенсорной обработки или ДиСИ в дошкольном возрасте.

Литература

1. *Ahn R., Miller L., Milberger S., McIntosh D.* Prevalence of parents perceptions of sensory processing disorders among kindergarden children // *Am. Journ. of Occup. Ther.* – 2004. – 58: 287–302.
2. *Miller L., Fuller D.* Sensational Kids: Hope for children with sensory processing disorder. Penguin Books: NY, 2006. – P. 280–286.
3. *Ben-Sasson A., Carter A. S., Briggs-Gowan M. J.* Sensory overresponsivity in elementary school: prevalence and social-emotional correlates // *Journ. Abnorm. Child Psychol.* – 2009. – 37: 705–16.
4. *Newschaffer C. J., Croen L. A., Daniels J. al.* The epidemiology of autism spectrum disorders // *Annual Rev. of Public Health.* – 2007. – 28: 235–58.
5. *Freitag C. M.* The genetics of autistic disorders and its clinical relevance: a review of the literature // *Molecular Psychiatry.* – 2007. – 12 (1): 2–22.
6. *Schopler E., Reichler R. J., DeVellis R. F., Daly K.* Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // *Journ. of Autism and Devel. Disord.* – 1980. – 10 (1): 91–103.
7. *Kobayashi R., Murata T., Kobayashi R.* Behavioral characteristics of 187 adults with autism // *Psych. & Clin. Neurosciences.* – 2003. – 52 (4): 383–90.

8. *Dunn W.* Short Sensory Profile: user's manual. – USA: The psychol. corpor., 1999.
9. *Садовская Ю. Е.* Нарушение сенсорной обработки и диспраксии у детей дошкольного возраста: дис. д-ра мед. наук. – М., 2011. – С. 269.
10. *Ayres J.* Sensory Integration and Praxis Tests. – Los Angeles: Western Psych Services, 1989.
11. *London E.* The role of the neurobiologist in redefining the diagnosis of autism // *Brain Pathol.* – 2007. – 17 (4): 408–11.
12. *Filipek P.A., Accardo P.J., Ashwal S., Baranek G. T.* Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society // *Neurology.* – 2009. – 55: 468–479.
13. *Miller L., Anzalone M., Lane S., Cermak S., Osten E.* Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis // *Am. Journ. Occup. Ther.* – 2007. – 61: 135–40.
14. *Owen J.P., Marco E.J., Desai S., Fourie E., Harris J., Hill S.S., Arnett A.B., Mukherjee P.* Abnormal white matter microstructure in children with sensory processing disorders // *NeuroImage: Clin.* – 2013. – 2: 844–53.
15. *Diagnostic Manual for Infancy and early childhood of the Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (ICDL), 2005.*
16. *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), 2006.*

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru