

Автономное учреждение дополнительного профессионального образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Институт развития образования»

**ПРАКТИКА ВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПМПК КОНСУЛЬТАЦИЙ
ДЛЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЙ

Ханты-Мансийск
2018

Составители:

Валерия Сергеевна Городицкая, педагог-психолог регионального центра психолого-педагогической помощи и сопровождения автономного учреждения дополнительного образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Институт развития образования»;

Ирина Александровна Журавлева, заведующий региональным центром психолого-педагогической помощи и сопровождения автономного учреждения дополнительного образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Институт развития образования», кандидат педагогических наук

Практика ведения специалистами ПМПК консультаций для семей, имеющих ребенка с расстройствами аутистического спектра: методические рекомендации для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий / сост. В. С. Городицкая, И. А. Журавлева ; автономное учреждение дополнительного профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Институт развития образования». – Ханты-Мансийск : Институт развития образования, 2018. – 37 с.

В учебно-методическом пособии раскрываются особенности консультирования родителей, имеющих детей с расстройствами аутистического спектра, в рамках деятельности психолого-медико-педагогической комиссии.

Пособие предназначено специалистам психолого-медико-педагогических комиссий, психолого-педагогических консилиумов образовательных организаций, педагогам-психологам, учителям-логопедам, учителям-дефектологам, социальным педагогам, работающим с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Содержание

<u>Введение</u>	4
1. <u>Психологическая характеристика семей ребенка с расстройствами аутистического спектра</u>	5
2. <u>Консультирование родителей детей с расстройствами аутистического спектра в рамках деятельности центральной психолого-медико-педагогической комиссии Ханты-Мансийского автономного округа – Югры</u>	12
3. <u>Специальные условия получения образования детьми с расстройствами аутистического спектра</u>	14
3.1. <u>Искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы</u> ...	20
3.2. <u>Искажение преимущественно когнитивной сферы</u>	29
<u>Заключение</u>	31
<u>Список литературы и источников</u>	32
<u>Приложение 1. Памятка для родителей «Организация пространства у детей с расстройствами аутистического спектра»</u>	34
<u>Приложение 2. Памятка для родителей «Организация времени, режима дня у детей с расстройствами аутистического спектра»</u>	35

Введение

Современные изменения в образовании, связанные с принятием новых стандартов образования детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), определяют новые требования к деятельности специалистов сопровождения.

Одним из институтов сопровождения квалифицированными специалистами лиц с ОВЗ, в том числе детей с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС), наряду со службами ранней помощи, центрами психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, образовательными организациями, осуществляющими обучение различных категорий детей по адаптированным основным образовательным программам, является психолого-медико-педагогическая комиссия (далее – ПМПК).

ПМПК – это психолого-медико-педагогическая комиссия, основными направлениями работы которой являются: проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей; подготовка по результатам обследования детей рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания; подтверждение, уточнение или изменение ранее данных рекомендаций.

Пунктом 10 приказа от 20 сентября 2013 года № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» установлены основные направления деятельности ПМПК, одним из которых является оказание *консультативной помощи родителям* (законным представителям) по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением [16].

Консультативная помощь обеспечивает эмоциональную, психологическую поддержку родителям в трудных ситуациях с целью повышения уровня родительской компетентности в вопросах обучения, воспитания и развития ребенка. Усиление консультативной и поддерживающей роли комиссий, предусматривающей возможность длительного динамического обследования и неоднократного консультирования родителей по вопросам дальнейшего сопровождения ребенка и реализации рекомендаций специалистов – одно из важных условий модернизации деятельности ПМПК в Российской Федерации. Родители становятся важнейшими участниками образовательного процесса, создания форм индивидуализации образования и организации специальных условий для детей с особыми образовательными потребностями, то есть становятся полноправными заказчиками и экспертами деятельности ПМПК.

Вопрос профессиональной стратегии психолого-медико-педагогической комиссии в работе с родителями является вопросом эффективности работы самой комиссии, выполнения ею основной цели деятельности. Эффективность консультирования семьи, которая основывается на понимании родителями предоставляемой информации о включении ребенка в соответствующую его

возможностям образовательную среду, об особенностях его социализации и т.д., является одним из базовых условий, определяющих эффективность и результативность деятельности психолого-медико-педагогических комиссий. Результат работы специалистов ПМПК напрямую зависит от того, насколько родители, принявшие решение обратиться к специалистам комиссии, примут рекомендации и осознают необходимость помощи ребенку, определения его образовательного маршрута и специальных условий обучения. В развитии инклюзивного процесса в образовании сотрудничество специалистов и родителей становится определяющим условием успешности детей.

1. Психологическая характеристика семей ребенка с расстройствами аутистического спектра

Семьи, воспитывающие ребенка с РАС, имеют значительные трудности в функционировании в качестве института социализации человека. Специалистам ПМПК, консультирующим семьи, в которых есть дети с отклонением психического и физического развития, необходимо знать психологические особенности, проблемы родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

Рождение ребенка с отклонениями в развитии, независимо от характера и сроков его заболевания или травмы, изменяет, а нередко нарушает весь ход жизни семьи. Обнаружение у ребенка дефекта развития почти всегда вызывает у родителей тяжелое стрессовое состояние, семья оказывается в психологически сложной ситуации.

Для каждого родителя имеет особый смысл то, каким будет его ребенок. В семье, где родился ребенок с отклонениями в развитии, ценностные ориентации и мотивационные установки родителей смещаются и деформируются. В том случае, если мать или отец принимают дефект и особенности развития ребенка, то в их сознании возникает мотивация на оказание ему помощи, на преодоление тех недугов, которыми он страдает. При этом переживание чувства боли за ребенка, страх, возникающий перед его будущим, стимулируют родителя к поиску средств, позволяющих преодолевать проблемы ребенка, к стремлению адаптировать окружающую среду к его возможностям. Сила любви к ребенку, проявление отцовских и материнских чувств могут зависеть и от особенностей личности родителя.

Психологические исследования семей, воспитывающих детей с нарушениями психофизического развития (в том числе детей с расстройствами аутистического спектра), позволяют обобщить основные психологические черты родителей. Авторы выделяют портреты родителей невротического (тревожно-сензитивного), авторитарного (импульсивно-инертного) и психосоматического типов.

Для родителей, относящихся к **группе невротического типа**, характерна пассивная личностная позиция. У родителей этой категории не формируется способность к принятию проблемы, не развивается стремление к ее преодолению, для них свойственно оправдывать свою бездеятельность, перекладывая ответственность

на других (специалистов, родственников и т.д.). Поскольку такие родители проявляют инертность, нежелание соприкасаться с проблемами ребенка, они испытывают трудности в достижении послушания ребенка. В личности невротичных родителей чаще доминируют истерические, тревожно-мнительные и депрессивные черты. У некоторых из них сохраняется постоянный тревожный фон настроения, присутствуют излишние опасения. Родители тревожно-сензитивного типа некритично оценивают возможности своего ребенка, стремятся выдать желаемые результаты за действительные, или же, наоборот, гиперболизируют проблемы ребенка, воспринимая свою жизнь как не сложившуюся из-за рождения ребенка.

Родителям **авторитарного типа** свойственны активная жизненная позиция, стремление руководствоваться своими собственными убеждениями. Узнав о дефекте ребенка, они проявляют стойкое желание найти выход из создавшегося положения, стремление преодолевать проблемы ребенка и облегчать его участь. Такие родители создают родительские ассоциации и общества, устанавливают контакты с аналогичными родительскими организациями за рубежом. Они нацелены на оздоровление, обучение и социальную адаптацию своего ребенка.

Следует отметить и отрицательные характеристики родителей авторитарного типа. Это неумение сдерживать гнев и раздражение, отсутствие контроля за импульсивностью собственных поступков, откровенное противопоставление себя социальной среде (специалистам, педагогам, администрации). Авторитарные родители часто выдвигают несоответствующие требования к своему ребенку, не оценивают его возможности реально.

Родители **психосоматического типа** проявляют черты, присущие родителям как первой, так и второй категории. Для них характерны частые смены полярных настроений (то радость, то депрессия). В поведении, как правило, проявляется нормативность, поскольку для этого типа характерен переход переживаний во внутренний план (у первых двух категорий преобладает внешний план: у невротичного типа – слезы, истерики; у авторитарного типа – скандалы, агрессия). Все усилия таких родителей направлены на оказание помощи ребенку, им свойственна гиперопека. Психосоматичные родители также стремятся найти лучших специалистов, в некоторых случаях сами повышают свой образовательный уровень, меняют профессию в соответствии с нуждами ребенка [12].

Выделенные характерологические черты родителей являются основополагающими для определения позиций родителя и семьи по отношению к ребенку. Для родителей, узнающих об особенностях в развитии своего ребенка, характерны **типичные реакции**.

Первая реакция – **непринятие**: «это не могло случиться со мной». Непринятие быстро сменяется **злостью**, которая может быть направлена на медицинских работников, рассказавшим родителям о диагнозе ребенка. Злость может повлиять и на взаимоотношения между супругами, с дедушками и бабушками, с другими важными для семьи родственниками.

Страх – еще одна реакция. Люди больше боятся неизвестности, чем известности, точная информация о диагнозе и перспективах ребенка в будущем пугает меньше, чем неизвестность. В любом случае, страх за будущее ребенка – это чувство, испытываемое всеми. Родители задаются вопросом: «Каким будет ребенок в пять, двенадцать, двадцать один?» «Что с ним будет, когда я умру?», «Он когда-нибудь выучится? Сможет он окончить школу? Сможет ли он любить, жить, смеяться, делать все то, о чем мы мечтали?». Родители боятся, что состояние ребенка может быть самым худшим из возможных. Мысли родителей в большинстве случаев исключительно пессимистичны. Существует страх неприятия со стороны общества, страх того, как такая ситуация повлияет на жизнь братьев или сестер, вопрос, будут ли еще дети в этой семье, сомнения в том, будет ли муж или жена любить этого ребенка.

Для родителей характерны **вина и беспокойство** по поводу того, что родители могли стать причиной инвалидности ребенка. Они думают: «Я сделал что-то не так? Я наказан за что-то? Я недостаточно следила за собой во время беременности? Следила ли моя жена за собой во время беременности?». Иногда чувство вины может выражаться в религиозном аспекте в виде наказания или кары божьей. Часто родители, плача, спрашивают: «Почему я? Почему мой ребенок? Почему бог дал это мне?».

Замешательство также характерно для этого периода. Оно происходит от того, что человек не до конца понимает, что происходит и что произойдет. Замешательство проявляется в бессоннице, неспособности принять решения, эмоциональной перегруженности, информация может казаться неясной и искаженной. Родители сталкиваются с тем, что слышат слова, которых раньше нигде не слышали, термины, которые описывают то, что они не понимают. Они пытаются понять и найти смысл в той информации, которую получают. Часто родители и те, кто пытается донести информацию об особенностях ребенка, говорят «на разных языках».

Бессилие, невозможность изменить ситуацию очень сложно принять. Родители не могут изменить тот факт, что у их ребенка есть дефекты в развитии, но *им нужно чувствовать, что они могут справиться со своими жизненными проблемами.* Очень трудно заставить себя прислушиваться и следовать рекомендациям, суждениям и мнениям других людей. Более того, эти другие люди – часто незнакомцы, с которыми пока не выстроены доверительные отношения.

Разочарование. Тот факт, что ребенок несовершенен, задевает Эго родителей и бросает вызов их системе ценностей. Это чувство вместе с представлениями о ребенке, которые были до того, могут привести к невозможности принять ребенка, как ценную, развивающуюся личность.

Непринятие. Непринятие может быть по отношению к ребенку, медикам, супругу. Непринятие особенностей ребенка иногда перерастает в ненависть к нему. Одной из самых сильных форм неприятия, которая встречается редко, является тайное желание смерти ребенка. Такое чувство посещает родителей, находящихся в

глубокой депрессии. В такой период, когда столько разных чувств переполняют сердце родителей, сложно измерить, насколько сильно то или иное чувство.

Не все родители проходят через именно такую последовательность ощущений. Но при всей сложности ситуации очень важно понимать те чувства и эмоции, которые они испытывают [13].

Сами родители называют такие этапы принятия своего ребенка с особенностями в развитии:

1. Отрицание — «Нет, вы все ошибаетесь, это не так!».
2. Сделка — «Я сделаю все, что угодно, чтобы изменить, исправить, переделать ребенка...».
3. Гнев — «Все вокруг против нас, всех ненавижу!».
4. Депрессия — «Я ничего не могу, я уже ничего не хочу, мне уже все равно...».
5. Принятие [19].

Выделяют четыре *фазы психологического состояния*, которые следуют друг за другом в **процессе становления позиции родителей к особенному ребенку**:

1. *«Шок»*, характеризуется состоянием растерянности, беспомощности, страха, возникновением чувства собственной неполноценности.

2. *«Неадекватное отношение к дефекту»*, характеризующееся негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией.

3. *«Частичное осознание дефекта ребенка»*, сопровождаемое чувством «хронической печали». Это депрессивное состояние, являющееся «результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребёнка, следствием отсутствия у него положительных изменений».

4. *Начало социально-психологической адаптации* всех членов семьи, вызванной принятием дефекта, установлением адекватных отношений со специалистами и достаточно разумным следованием их рекомендациям [2].

К сожалению, далеко не все мамы и папы особенных детей приходят к правильному решению, обретая жизненную перспективу и смысл жизни. Многие не могут сделать это самостоятельно. В результате нарушается способность приспособления к социальным условиям жизни. На семью накладываются медицинские, экономические и социально-психологические проблемы, которые приводят к ухудшению качества ее жизни, возникновению семейных и личных проблем. Не выдержав навалившихся трудностей, семьи с особенными детьми могут самоизолироваться, потерять смысл жизни. Растерянность, незнание особенностей воспитания, чувство стыда за то, что «родили неполноценного малыша», приводят к тому, что родители отгораживаются от близких, друзей и знакомых, предпочитая переносить свое горе в одиночку. С момента появления ребенка и на протяжении его развития семья и ребенок переживают несколько кризисов (переворотов, переломных состояний).

Первый кризис (выявление факта нарушения), семья переживает, когда родители узнают, что их ребёнок особенный. Это может произойти в первые часы или

дни после рождения ребёнка (генетическое заболевание), и тогда вместо радости родителей ожидает огромное горе.

Второй кризис (старший дошкольный возраст). О том, что ребенок нетипичный, родители могут узнать в первые три года его жизни или на психологическом обследовании на медико-педагогической комиссии при поступлении в школу (в основном это касается отклонений в интеллектуальном плане). Это известие для родных и близких становится очень неожиданным, они не готовы верить в это. Родители «не замечали» явных отставаний в развитии ребенка, успокаивая себя тем, что «все обойдется», «подрастет, поумнеет», и вот - приговор о том, что ребенок не сможет учиться в общеобразовательной школе, а иногда и во вспомогательной.

Третий кризис связан с тем, что в подростковом периоде переживается психофизиологический и психосоциальный возрастной кризис, связанный с ускоренным и неравномерным созреванием костно-мышечной, сердечно-сосудистой и половой систем, стремлением к общению со сверстниками и самоутверждению, активно формируются самооценка и самосознание.

К семейному кризису, связанному с подростковом возрастом, добавляется и кризис «середины жизни» родителей, кризис сорокалетнего возраста супругов. К этому возрасту люди достигают определённой стабильности социального и профессионального положения, обретают уверенность в завтрашнем дне, подводят итог своей жизни, входят в пору зрелости, происходят изменения в физиологии.

Четвёртый кризисный период - период юности, когда остро встают вопросы по формированию дальнейшей жизни и связанные с этим вопросом получение профессии, трудоустройства, создание семьи. Родители все чаще задумываются, что будет с ребенком, когда их уже не станет [15].

Не каждая семья проходит все четыре кризиса. Некоторые «останавливаются» на втором кризисе – в случае, если ребёнок имеет очень сложную патологию развития (глубокая умственная отсталость, детский церебральный паралич (ДЦП) в тяжёлой форме, множественные нарушения и т. д.). В этом случае ребёнок не учится совсем, и для родителей он навсегда остаётся «маленьким».

Значительное влияние на условия воспитания ребенка с отклонениями в развитии в семье оказывает та позиция, которую занимает мать в отношении к своему ребенку. Выделяют 4 позиции:

1. Мать любит своего ребенка и принимает его дефект - «Мой ребенок - инвалид, но я все сделаю, чтобы он стал полноценной личностью», «Мой ребенок беспомощное существо и нуждается в постоянной опеке и защите».

2 Мать любит своего ребенка, но дефекта не принимает - «Мой ребенок не такой, как говорят, и я докажу это».

3. Мать не любит своего ребенка, но дефект принимает - «Я мирюсь с тем, что мой ребенок инвалид, но хочу, как можно меньше иметь с ним дела».

4. Мать не любит своего ребенка и дефекта его не принимает - «У меня не может и не должно быть особенного ребенка» [12].

Отклонения в поведении и развитии ребёнка влекут за собой невротические изменения у матерей. Он указывает на наличие у матерей таких черт личности, как:

- *сензитивность* - повышенная эмоциональная чувствительность (всё близко принимают к сердцу, легко расстраиваются, волнуются);

- *аффективность* - эмоциональная возбудимость или неустойчивость настроения, главным образом в сторону его снижения;

- *тревожность* - склонность к беспокойству;

- *противоречивость личности* - недостаточная внутренняя согласованность чувств и желаний, обусловленная трудно совместимым состоянием трёх предшествующих или последующих характеристик;

- *доминантность* — стремление играть значимую, ведущую роль в отношении с окружающими;

- *эгоцентричность* - фиксация на своей точке зрения, отсутствие гибкости суждений;

- *гиперсоциальность* - повышенная принципиальность, утрированное чувство долга, трудность компромиссов.

При *гиперопеке* у матерей может возникнуть чувство собственной вины перед ребенком, которую они постоянно стараются искупить. Такая жертвенная, безоглядная любовь оборачивается на деле тем, что ребенок растет неприспособленным к условиям жизни. В раннем детстве его не приучают к самостоятельности, выполняют все его прихоти. В результате у ребенка не только не формируются вовремя навыки самообслуживания, но усугубляется задержка развития предметной деятельности, основы всего последующего развития. Наряду с этим ребенок в условиях гиперопеки находится в полной зависимости от опекающего его лица не только физически, но и эмоционально. Попав в детскую образовательную организацию, он очень тяжело переживает разлуку с матерью или отцом, которые его опекали и выполняли все его капризы. Его эгоцентрическая позиция, которая легко и быстро складывается при рассматриваемых семейных отношениях, мешает его адаптации в обществе сверстников.

Следует также указать на **поведение родителей, усугубляющее состояние ребенка с отклонениями в развитии:**

- *неприятие особенностей характера ребенка* (недовольство и раздражение поведения, преобладание отрицательных оценок, игнорирование возрастных возможностей детей и др.);

- *негибкость в отношении с ребенком* (запрограммированность требований, отсутствие альтернативных решений, предвзятость суждений, излишняя принципиальность);

- *непоследовательность в отношении с ребенком* (бесконечные обещания или угрозы, несоответствие между требованиями и контролем и т.д.;

- *несогласованность требований между родителями* (конфликтность отношений, перенос психического напряжения родителей на отношения с ребенком)

[4].

По мере того, как родители испытывают различные эмоции, чувства, переживая кризисы в семье, параллельно формируется, укрепляется, «очерчивается» их отношение к ребенку, к тому факту, что ребенок не такой, как все. В зависимости от знаний, культуры, личностных особенностей и ряда других факторов можно выделить **4 типа отношения к особенностям ребенка:**

Позитивная активность – рациональное отношение к диагнозу ребенка, сопровождающееся благоприятным психологическим климатом в семье, атмосферой взаимной поддержки и доброжелательности, эмоциональной близостью членов семьи.

Жертвенная активность – ситуация, когда кто-либо из родителей, чаще всего мать, полностью жертвует собой, подчиняя свою жизнь ребенку. Такое самоотречение негативно сказывается на социальном статусе матери, снижает интерес к ней как личности растущего ребенка. Наиболее типично для такой семьи – чрезмерная опека, в результате которой у детей формируется пассивность, нерешительность, упрямство, равнодушие, эгоизм, неуверенность в себе.

Примиренчество – пассивное принятие факта особенностей в развитии ребенка. Родители ограничиваются выполнением минимума необходимых обязанностей по отношению к нему. Ребенок страдает от недостатка эмоционально-положительной стимуляции со стороны родителей.

Игнорирование патологии ребенка – неприятие самого факта патологии, препятствие реабилитационным усилиям со стороны специалистов.

Неприятие ребенка. Проявляется в стремлении родителей меньше с ним общаться, в обвинениях в адрес больного ребенка. Это вызывает задержку развития речи, мышления, любознательности. Родители стремятся как можно скорей отдалить от себя ребенка и устроить его в специализированное учреждение.

Развитие ребёнка в огромной степени зависит от семейного благополучия, участия родителей в его физическом и духовном становлении, правильности воспитательных воздействий. И хотя тяжесть заболевания определяется характером дефекта и сроками его наступления, ни в коей мере нельзя исключать решающего влияния семьи в формировании личности ребёнка с РАС [15].

Родителей, воспитывающих детей с РАС, волнуют вопросы, касающиеся распределения семейных обязанностей; разрешения семейных проблем и конфликтов; реагирования на вопросы окружающих; получения информации о том, как играть и разговаривать с ребенком; получения информации об образовательных, медицинских и других услугах, которые ребенок мог бы получить в различных учреждениях и службах.

В семье ребенка с РАС можно обозначить серьезные вопросы, с которыми приходится сталкиваться в коррекционном процессе при работе с родителями: состояние хронической психической травмы, стресса, высокий уровень тревожности, депрессивные расстройства; неадекватная оценка состояния ребенка; игнорирование проблем и пассивное участие в коррекционном процессе; низкий информационный уровень, отсутствие критического отношения к информации, легко доступной в сети интернет; ожидание «чудес», быстрого решения существующих проблем.

Существующие проблемы в семьях, воспитывающих детей с отклонениями в психическом и физическом развитии, обуславливают необходимость оказания комплексной помощи и поддержки данным категориям семей. Знание психологических характеристик родителей, воспитывающих детей с РАС, необходимо каждому специалисту, работающему с семьёй особенного ребенка, чтобы оказывать семьям своевременную психологическую квалифицированную помощь.

2. Консультирование родителей детей с РАС в рамках деятельности центральной ПМПК Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее - ХМАО – Югры)

Алгоритм проведения заседания ПМПК как определенной технологии включает ряд последовательных этапов: знакомство с представленными родителями документами, комплексное обследование, анализ полученных результатов и коллегиальное обсуждение, принятие решения об «образовательном маршруте» ребенка [9].

Заключительным этапом является *консультирование родителей* и согласование с ними специальных образовательных условий, необходимых ребенку для обучения, развития и адекватной социализации: в первую очередь, характера образовательной программы в той образовательной организации, в которой родители хотят обучать ребенка, других специальных образовательных условий.

Констатируя, что *эффективность консультирования семьи* – это одно из базовых условий, определяющих эффективность и результативность деятельности психолого-медико-педагогических комиссий, которое базируется на основе понимания родителями предоставляемой информации о включении ребенка в соответствующую его возможностям образовательную среду, об особенностях его социализации, следует отметить, что важной характеристикой, отличающей консультирование семей в рамках заседания ПМПК от других видов консультирования и определяющей его временную структуру, является *краткосрочность* процесса отдельного заседания ПМПК. Краткосрочность подобного рода консультирования определяет и организационную специфичность консультации в целом, и характер деятельности каждого специалиста ПМПК.

В рамках заседания комиссии специалисты Центральной ПМПК ХМАО – Югры оказывают необходимую помощь родителям, воспитывающим ребенка с расстройствами аутистического спектра, нуждающимся в консультировании по интересующим их вопросам. Специалисты комиссии консультируют родителей по направлениям и формам планируемой коррекционной работы, участию специалистов сопровождения, возможностях ребенка в освоении программы, о трудностях, которые могут возникнуть в процессе обучения, а также в процессе его адаптации и социализации, о стратегиях их преодоления.

ЦПМПК ХМАО – Югры консультируя, ставит задачу максимального привлечения родителей к участию в воспитании и обучении ребенка, стараются научить адекватно оценивать возможности, понимать его трудности и видеть ресурсы

в решении поставленных задач обучения и воспитания, повысить мотивацию на сотрудничество со специалистами.

При работе с семьей, предшествующей непосредственно консультированию родителей, является *метод наблюдения*, с помощью которого могут быть оценены индивидуально-психологические характеристики родителей [5]. Здесь мы имеем в виду, и так называемую, «коридорную» диагностику: наблюдение и за детьми, и за родителями осуществляется еще до диагностического обследования ребенка,

поведение родителей, демонстрируемое во время собственно диагностического обследования ребенка, а также при обсуждении его образовательного маршрута (консультации родителя).

Наблюдение за родителями (законными представителями) детей осуществляется специалистами ЦПППК ХМАО – Югры по нескольким параметрам. Нами учитываются:

- стремление (его отсутствие) к установлению адекватных контактов с ребенком и с другими близкими;
- форма и характер взаимодействия с ребенком;
- особенности коммуникативного поведения во взаимодействии с детьми и другими лицами (доброжелательность, ласковость, жесткость, грубость, безразличие и др.);
- использование паралингвистических (мимики, жестов, поз) и других средств общения с ребенком;
- выбор преимущественной формы контакта с ребенком (вербальный, тактильный, зрительный, опосредствованный, т.е. через кого-то).

Наблюдение за демонстрируемыми родителем реакциями, мимикой, жестами, моторикой, стилем общения, общим эмоциональным состоянием помогает специалистам выстроить дальнейшую стратегию взаимодействия с родителями.

После диагностического обследования и принятия коллегиального решения о необходимости организации специальных условий получения ребенком образования приглашаются родители (законные представители), которым в доступной форме разъясняются рекомендации ЦПППК ХМАО-Югры.

Здесь следует упомянуть о влиянии личностных характеристик самих специалистов ЦПППК на дальнейшее взаимодействие с родителями. К таким необходимым характеристикам мы относим доброжелательность, сочувствие, отзывчивость, способность к сопереживаниям, отсутствие «шаблонности» и «универсальности», то есть наличие индивидуального подхода к каждому родителю. Всегда учитываем, что *при вступлении в контакт* огромное влияние на дальнейший ход консультирования и на возможность достижения положительного результата консультации оказывает *первое впечатление* о специалистах комиссии. Поэтому стараемся использовать невербальные средства, которые помогают специалистам установить контакт, – тональность первой фразы, выразительность мимики, движений, открытость улыбки. Родители в первые минуты общения могут находиться в некотором напряжении (об этом свидетельствуют выражение лиц, позы,

повышенные или пониженные голоса). Поэтому наши специалисты, применяя позитивную тональность беседы и используя бодрое приветствие, стараются снять напряженность. В ходе консультирования проявляем заинтересованность и внимательность к проблеме родителя, что помогает расположить к себе. Это особенно важно, если родители слишком встревожены и переживают.

Во время беседы с родителями специалисты обращают внимание на *баланс ролей и стратегий в поведении* [12]. Это важно для того, чтобы управлял беседой специалист, а не родитель или кто-то из его социального окружения. Член ЦПМПК (чаще всего это заместитель председателя ЦПМПК ХМАО – Югры) может выступать в беседе с родителем как доминирующая и авторитетная фигура, как независимый эксперт, как сопереживающий слушатель, как гуманный помощник. *Гибкость* в использовании стратегий важна и зависит от ситуации, личностных характеристик родителей ребенка. Специалист ЦПМПК предельно корректно сообщает родителям результаты комплексного диагностического обследования ребенка. Информирование проводится в форме беседы с родителями в отсутствие ребенка.

Беседа с родителями строится на *доступном для них уровне терминологии*, учитывается родительское чувство любви к ребенку (подчеркиваются достоинства и достижения даже самых тяжелых детей, подробно разъясняется сущность дефекта, даются конструктивные предложения по их преодолению). Беседа выстраивается в *конструктивном направлении*. Специалисты ЦПМПК ХМАО – Югры консультируют родителей относительно **специальных условий получения образования**: образовательной программы, режима и формы обучения, направлений коррекционно-развивающей работы, предоставления услуг тьютора и т.д. Специалисты разъясняют родителям, в первую очередь, что такое специальные условия получения образования, и о том, какие специальные условия нужны ребенку для успешной его адаптации в образовательной среде.

3. Специальные условия получения образования детьми с РАС

Специальные образовательные условия, необходимые ребенку с РАС, отражаются в его потребностях. Так, для детей с РАС **характерны особые образовательные потребности**:

- потребность в периоде индивидуализированной «подготовки» к школьному обучению;
- в индивидуально дозированном введении в ситуацию обучения в группе детей;
- в специальной работе педагога по установлению и развитию эмоционального контакта с ребенком, позволяющего оказать ему помощь в осмыслении происходящего;
- в создании условий обучения, обеспечивающих сенсорный и эмоциональный комфорт ребенка;
- в дозировании введения в его жизнь новизны и трудностей; в дозировании учебной нагрузки с учетом темпа и работоспособности;

- в особенно четкой и упорядоченной временно-пространственной структуре образовательной среды, поддерживающей учебную деятельность ребенка;
- в специальной отработке форм адекватного учебного поведения ребенка, навыков коммуникации и взаимодействия с учителем;
- в сопровождении тьютора при наличии поведенческих нарушений;
- в организации обучения с учетом специфики освоения навыков и усвоения информации при аутистических расстройствах;
- в постоянной помощи ребенку на уроке в осмыслении усваиваемых знаний и умений, не допускающем их механического использования для аутостимуляции;
- в индивидуализации программы обучения, в том числе для использования в социальном развитии ребенка существующих у него избирательных способностей (в составлении индивидуальной образовательной программы по разным предметным областям);
- в проведении индивидуальных и групповых занятий с педагогом -психологом, а при необходимости с учителем - дефектологом и учителем -логопедом;
- в организации занятий, способствующих формированию представлений об окружающем, отработке средств коммуникации социально-бытовых навыков;
- в индивидуализированной оценке достижений ребенка с учетом его особенностей;
- в индивидуально дозированном и постепенном расширении образовательного пространства ребенка за пределы образовательной организации;
- в психологическом сопровождении, оптимизирующем взаимодействие ребенка с педагогами и соучениками; в психологическом сопровождении, отлаживающем взаимодействие семьи и образовательной организации [10].

Под **специальными условиями получения образования** для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (в том числе детьми с расстройствами аутистического спектра) в соответствии с ФЗ от 29.12.2012 № 273 «Об образовании в РФ» понимаются «условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья» [20].

Консультирование родителей в рамках деятельности ПМПК, касающееся специальных условий получения образования, включает в себя информирование об **образовательной программе, рекомендуемой ребенку с РАС.**

Детям дошкольного возраста с РАС ЦППМК рекомендует обучение по **адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования**

детей с расстройствами аутистического спектра с указанием направленности группы (общеразвивающей, комбинированной, оздоровительной, компенсирующей), особенности которой тоже разъясняются родителям.

Детям школьного возраста, начавшим обучение с **01 сентября 2016** года в соответствии с ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ (Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»), рекомендовано обучение по *адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра (ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ. Вариант 8.1/ 8.2/ 8.3/ 8.4)*. При рекомендации того или иного варианта программы для детей с расстройствами аутистического спектра специалисты комиссии подробно информируют родителей о том, почему ребенку рекомендована данная программа и каковы итоговые результаты обучения.

Программа	Обучающиеся, которым рекомендована программа	Итоговые достижения по результатам обучения
АООП НОО обучающихся с расстройствами аутистического спектра (ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ. Вариант 8.1).	Рекомендуется обучающимся, имеющим формально сопоставимый уровень психоречевого развития, когда до поступления в школу ребенок имел опыт подготовки к ней в группе детей.	Вариант 8.1 предполагает, что обучающийся с РАС получает образование, полностью соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения, образованию сверстников, не имеющих ограничений по возможностям здоровья, находясь в их среде и в те же сроки обучения (1-4 классы).
АООП НОО обучающихся с расстройствами аутистического спектра (ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ. Вариант 8.2).	Предполагает менее высокие интеллектуальные способности обучающегося или отсутствие опыта подготовки к школьному обучению в группе сверстников.	Обучающийся с РАС получает образование, сопоставимое по конечным достижениям с образованием сверстников, не имеющих ограничений по возможностям здоровья, в пролонгированные сроки. Данный вариант предполагает пролонгированные сроки обучения: пять лет (1-5 классы) - для детей, получивших дошкольное образование; шесть лет (1-6 классы) - для детей, не получивших дошкольное образование, способствующее освоению НОО на основе АООП.

<p>АООП НОО обучающихся с расстройствами аутистического спектра (ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ. Вариант 8.3).</p>	<p>Рекомендуется при сочетании РАС с легкой умственной отсталостью.</p>	<p>Данный вариант предполагает, что обучающийся с РАС получает образование, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями сверстников с РАС, не имеющих дополнительных ограничений по возможностям здоровья, в пролонгированные сроки. Данный вариант предполагает пролонгированные сроки обучения: шесть лет (1-6 классы).</p>
<p>АООП НОО обучающихся с расстройствами аутистического спектра (ФГОС НОО для обучающихся с ОВЗ. Вариант 8.4).</p>	<p>Рекомендуется обучающимся с РАС, осложненными умственной отсталостью (умеренной, тяжелой, глубокой) и тяжелыми множественными нарушениями.</p>	<p>СИПР предполагает, что обучающийся получает образование, которое по содержанию и итоговым достижениям не соотносится к моменту завершения школьного обучения с содержанием и итоговыми достижениями сверстников, не имеющих дополнительных ограничений по возможностям здоровья, в пролонгированные сроки.</p>

Кроме того, следует отметить, что довольно часто у детей, пришедших на обследование ЦПМПК ХМАО – Югры, расстройства аутистического спектра встречаются в сочетании с различными формами *умственной отсталости* (лёгкой, умеренной, тяжелой, глубокой). В этом случае ребенку с РАС, имеющему умственную отсталость, рекомендуется обучение по *адаптированной основной общеобразовательной программе образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)* с учетом психофизиологических особенностей и индивидуальных возможностей обучающегося с расстройства аутистического спектра.

В том случае, если ребенок, имеющий расстройства аутистического спектра в сочетании с различными формами умственной отсталости, начал обучение с **01 сентября 2016** года, в соответствии с ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 г. № 1599, рекомендуется вариант *адаптированной основной общеобразовательной программы образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)* (ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью. Вариант 1/ Вариант 2) [17, 18].

Родителям разъясняется также, что образование ребенка может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах,

группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Важно отметить, несмотря на то, что в соответствии с федеральным законодательством ЦППК не вправе подбирать для ребенка конкретную образовательную организацию, специалисты ЦППК разъясняют родителям их права относительно **выбора образовательной организации**, в котором может быть наиболее эффективно для ребенка *реализована рекомендованная образовательная программа и специальные образовательные условия*, а также организации, которые могут на сегодняшний день обеспечить дополнительную коррекционно-развивающую и реабилитационную помощь (ППМС-центры и реабилитационные центры системы социальной защиты и здравоохранения).

В случае желания родителей обучать ребенка в организации, осуществляющей инклюзивную практику, нами даются рекомендации относительно необходимости составления в этом случае *адаптированной образовательной программы и индивидуального учебного плана*.

Адаптированная образовательная программа (АОП) – это образовательная программа, адаптированная для обучения ребенка с ОВЗ, разрабатывается на базе основной общеобразовательной программы в соответствии с психофизическими особенностями и особыми образовательными потребностями ребенка с ОВЗ. При этом адаптации и модификации подлежат: программы учебных предметов; учебники и рабочие тетради; формы организации обучения; формы организации учебного процесса; способы учебной работы (организации коллективной учебной деятельности, коммуникации, предъявления и выполнения заданий, работы с текстовыми материалами, формы и способы контроля и оценки знаний, компетенций и т. д.).

Индивидуальный учебный план (ИУП) – это учебный план, обеспечивающий освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося. Также родителей необходимо уведомить о формах и возможностях промежуточной и итоговой аттестации их ребенка в инклюзивной образовательной организации.

Рекомендации относительно конкретной образовательной организации, если родители заинтересованы в такой информации, осуществляются специалистами ЦППК ХМАО – Югры по принципу максимальной приближенности соответствующего учреждения к месту проживания ребенка или максимальной наполненности организации необходимыми специальными, в том числе техническими, образовательными условиями.

При необходимости специалисты ЦППК информируют родителей о возможных **формах получения образования и формах обучения**.

Родители информируются о том, что образование может быть получено в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, или вне организаций, осуществляющих образовательную деятельность (в форме семейного образования и самообразования). Форма обучения в организациях, осуществляющих

образовательную деятельность, может быть очной, очно-заочной или заочной, с учетом потребностей, возможностей личности, в зависимости от объема обязательных занятий педагогического работника с обучающимися. Возможно сочетание различных форм получения образования и форм обучения.

Одним из специальных условий получения образования ребенка с РАС является **предоставление услуг тьютора**. Эта рекомендация определяется, исходя из особенностей поведения ребенка, необходимости помощи в реализации АОП при составлении индивидуального учебного плана, а также в случае, если подобное «техническое» сопровождение определено в ИПРА для ребенка-инвалида (сопровождение ассистента). Последнее, как правило, определяется для детей-инвалидов с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, тяжелыми нарушениями зрения и при множественных нарушениях. Поскольку у этих специалистов различные функциональные обязанности и квалификационные характеристики, то иногда необходимо сопровождение и того, и другого. Целесообразность предоставления услуг тьютора для ребенка с РАС или отсутствие необходимости в нем в доступной форме объясняют родителям.

Также специалисты информируют о направлениях **коррекционно-развивающей деятельности**: основных направлениях работы с ребенком специалистов психолого-педагогического сопровождения самой образовательной организации: педагога-психолога, учителя-дефектолога, учителя-логопеда.

Перечисленные выше специальные образовательные условия являются необходимыми для обучения и воспитания ребенка с РАС. Именно построение образовательного маршрута ребенка, получение им специальных образовательных условий наиболее часто является предметом оказания консультативной помощи родителям детей с РАС в рамках деятельности ЦПМПК ХМАО – Югры.

Так, за 2017 год комплексное диагностическое обследование на ЦПМПК ХМАО – Югры прошли 24 ребенка с расстройствами аутистического спектра. Соответственно, специалистами ЦПМПК даны 24 консультации родителям детей с РАС.

За I квартал 2018 года ЦПМПК ХМАО – Югры проведено комплексное диагностическое обследование 21 обучающегося с расстройствами аутистического спектра, с их родителями проведены консультации.

В завершении комплексного диагностического обследования ЦПМПК ХМАО – Югры подводятся итоги, родителям на руки выдаются памятки (брошюры) с рекомендациями по организации окружающей среды для социализации и развития коммуникации у ребенка с РАС (Приложения 1, 2).

Следует отметить, что условия получения образования отличаются у детей с РАС, поскольку расстройства аутистического спектра относятся к различным вариантам искаженного развития.

Выделяют **три варианта искаженного развития**:

- искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы;
- искажение преимущественно когнитивной сферы;

- смешанный вариант искаженного развития [11].

Каждый из описываемых ниже вариантов имеет множество отличительных особенностей, которые следует учитывать специалистам ПМПК при рекомендации специальных образовательных условий и оказании консультативной помощи родителям: *особенности в поведении, характере деятельности, обучаемости, познавательной деятельности, эмоциональном реагировании*. Именно от особенностей каждого варианта искаженного развития зависит и характер специальных условий получения образования детьми с РАС.

3.1. Искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы

Ранний детский аутизм (далее – РДА)

Детский аутизм – это особое нарушение психического развития. В основе варианта искажения преимущественно аффективно-эмоциональной сферы лежит «...тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порогов аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим, стремление стереотипизировать и упрощать эти контакты [7]. Наиболее ярким проявлением является нарушение развития социального взаимодействия, коммуникации с другими людьми, что не может быть объяснено просто сниженным уровнем когнитивного развития ребенка. Другая характерная особенность – стереотипность в поведении, проявляющаяся в стремлении сохранить постоянные привычные условия жизни, сопротивлении малейшим попыткам изменить что-либо в окружающем, в собственных стереотипных интересах и стереотипных действиях ребенка, в пристрастии его к одним и тем же объектам.

Это нарушение, которое захватывает все стороны психики – сенсомоторную, перцептивную, речевую, интеллектуальную, эмоциональную сферы. Психическое развитие при этом не просто нарушается или задерживается, оно искажается. Меняется сам стиль организации отношений с миром, его познания. При этом характерно, что наибольшие трудности такого ребенка связаны даже не с самим усвоением знаний и умений, а с их практическим использованием, причем наиболее беспомощным он показывает себя именно во взаимодействии с людьми [7].

В МКБ-10 РДА рассматривается в рамках группы «общие расстройства психологического развития» (F84). Детям могут быть поставлены диагнозы: «детский аутизм» (F84.0, F84.01, F84.02), «атипичный аутизм» (F84.1), «синдром Аспергера» (F84.5), «шизоидная психопатия», «общее недоразвитие речи» [14].

По классификации *О.С. Никольской* всех детей с ранним детским аутизмом можно условно разделить на 4 группы. Мы рассмотрим обобщенные характеристики детей каждой группы, которые стали все чаще встречаться в деятельности ПМПК.

К первой группе РДА относят детей с «*истинным*» *ранним детским аутизмом* (РДА), как наиболее тяжелым вариантом развития, которые кроме типичных для них

проблем когнитивного развития, имеют нарушения социального поведения, качественных коммуникаций.

Особенности поведения: характерны проявления полевого поведения, ребенок отрешен, автономен, не вступает в контакт не только с чужим человеком, но с близкими, не откликается на обращение и зов, но, в то же время, может реагировать на неречевые звуки, особенно на музыкальные, хотя и отсрочено по времени (латентно). «Случайно» столкнувшись с каким бы то ни было предметом, в том числе и заданием, может, не фиксируясь, выполнить его (например, сложить доску Сегена, или пазл и т.п.). Предметы и игрушки не провоцируют его на специфические действия, а могут просто все сбрасываться на пол, при этом создается впечатление, что именно акт падения и привлекает ребенка, но он, как правило, не смотрит на сам процесс. При попытке взрослого вмешаться в действие, или пассивно уходит от контакта, «утекает» (как говорят специалисты), или не реагирует вовсе. У детей порой даже старшего дошкольного возраста могут вызываться смех и признаки удовольствия на простейшие тактильные ритмичные воздействия по типу раскачивания, кружения и т.п. [1].

Характер деятельности. Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность ребенка оценить, как правило, не удастся в силу невозможности установления какого-либо продуктивного контакта с ним. Характер деятельности, ее целенаправленность также трудно оценить однозначно. Произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль чаще всего вообще невозможно проверить какими-либо диагностическими методами или приемами. Создается впечатление абсолютной произвольности поведения, его автономности, зависимости от поля внешних предметов и стимулов в целом.

Обучаемость. Оценить обучаемость такого ребенка достаточно трудно вследствие уже фиксированных ранее трудностей оценки продуктивности деятельности, но со слов родителей ребенок «как бы произвольно схватывает на лету» те или иные навыки и иногда может их повторить. Но произвольно «вызвать» повторение – практически не удастся.

Познавательная деятельность. Выявить уровень развития отдельных психических процессов и функций, как правило, чрезвычайно трудно, но часто ребенок демонстрирует блестящую механическую и сенсомоторную память, иногда внезапно (как бы произвольно) может прочесть название или вывеску, начать перечислять предметы и т.п. В целом можно говорить о грубейшей неравномерности в развитии психических процессов, отягощенных искажением не только аффективного развития, но и грубом искажении сферы произвольной регуляции — так ребенок, который «не может» повторить простой узор, берет каким-то своеобразным, вычурным захватом карандаш и рисует транзисторный приемник в трехмерной проекции.

Эмоциональное реагирование такого ребенка отчасти может быть описано как схожее со способами реагирования, характерными для существенно более раннего возраста. Так ребенок 4-5 лет может «вестись» на приемы, специфичные для

выстраивания контакта с детьми более раннего возраста (игры в «ку-ку», тормошение, раскачивание и т.п.).

Диагнозы по МКБ-10: F84.0, F84.4, F84.8 [14].

Условия получения образования: основные направления работы для этой группы детей на этапе дошкольного образования – индивидуальные занятия: с педагогом-психологом для «простраивания» алгоритма простого взаимодействия, формирования и осмысления простейших игровых навыков, развития сенсорных интеграций; с учителем-логопедом для формирования навыков простой коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. *Консультирование родителей, как правило, по вопросам организации взаимодействия с ребенком в различных бытовых ситуациях.*

В дальнейшем такой ребенок должен обучаться по *адаптированной основной общеобразовательной программе* - образовательной программе, адаптированной для обучения определенных категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, в том числе с инвалидностью. Образовательная работа с таким учащимся в первую очередь должна быть направлена на формирование простых навыков коммуникации, элементарных навыков социализации и самообслуживания. Усвоение таким учащимся АООП в полном объеме не представляется возможным [10].

Ко второй группе РДА относят детей с поведенческими нарушениями, в том числе выраженными моторными или речевыми стереотипиями.

Особенности поведения. Внешне такие дети выглядят как наиболее страдающие — они напряжены, скованны в движениях, но при этом демонстрируют стереотипные аутостимулирующие движения, может проявляться двигательное беспокойство, в том числе стереотипные прыжки, бег по кругу, кружение, пронзительный крик и страх войти в кабинет. Речь — эхολаличная и стереотипная, со специфичной скандированностью или монотонностью, нередко «телеграфная», часто не связанная по смыслу с происходящим. Речевые стереотипии могут выглядеть, как повторение одного и того же фрагмента, или выступать как аутостимуляция звуками («тики-тики», «диги-ди-ги» и т.п.). «...Чрезмерная чувствительность таких детей к сенсорной стимуляции является причиной того, что страхи легко провоцируются раздражителями повышенной интенсивности: громким звуком, насыщенным цветом...» [6]. Нередко выраженный дискомфорт и страх может вызывать даже умеренный раздражитель (прикосновение к голове, капля сока или воды на коже). В большинстве случаев отмечаются упорные страхи определенных и новых бытовых ситуаций [1].

Характер деятельности. Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность оценить у детей достаточно трудно, так как малейшее напряжение вызывает усиление стереотипий, эхολалий и других способов аутистической защиты. Контакт с ребенком часто носит абсолютно формальный характер, скорее «по поводу» предмета, а не с человеком. Произвольность регуляции собственных действий и целенаправленность, самоконтроль также чаще всего трудно проверить диагностическими методами и приемами. Но ребенок захвачен уже

собственными стереотипными способами аутистической защиты. При этом вмешаться в деятельность ребенка возможно, лишь подключившись к его стереотипиям. В этом случае ребенку обычно удается удержать простые алгоритмы деятельности, заданные взрослым. Часто (со слов родителей) ребенок обучается бытовым и социальным навыкам, но жестко привязывает их к конкретной ситуации и они не переносятся в какие-либо другие ситуации. Механистичность и буквальность проявляются и в мышлении. При этом ребенок может и предпочитает самостоятельно классифицировать предметы по различным признакам. Недоступно считывание контекста ситуации, но ребенок как бы чувствует «эмоциональный знак» ситуации.

Оценить *обучаемость* ребенка также достаточно трудно, вследствие трудностей организации продуктивной деятельности. Часто ребенок обучается бытовым и социальным навыкам, но жестко привязывает их к конкретным ситуациям, и они не переносятся в какие-либо другие ситуации.

Познавательная деятельность. У такого ребенка отмечается значительная неравномерность и специфика в развитии психических процессов. Восприятие фрагментарно, избирательно. Задания конструктивного плана выполняет механистично, часто, даже после пяти лет, действуя методом проб и ошибок.

Эмоциональное реагирование. Отмечается большая чувствительность и ранимость в контактах, непереносимость визуального контакта, хотя ребенок «пораннему» выражает свои переживания, часто переходит на крик, реже на аутоагрессию. Недоступно считывание контекста ситуации, но ребенок как бы чувствует «эмоциональный контекст» ситуации [8].

Диагнозы по МКБ-10: F84.0, F84.4, F84.8 [14].

Условия получения образования: психолого-педагогическая помощь для этой группы детей на этапе дошкольного образования начинается обычно с *педагогом-психологом* в индивидуальном режиме и направлена на снятие напряжения, внесение смыслов в стереотипные, повторяющиеся действия, «раздвижение» самих стереотипов, разнообразие их в соответствии с различными ситуациями. Если возраст ребенка приближается к 4,5 – 5 годам, то необходимо подключение *учителя-дефектолога* для формирования элементарных стереотипов продуктивной деятельности, элементов учебного поведения. При наличии речевых проблем рекомендуются занятия с *учителем-логопедом*, направленные на развитие понимания речи других людей, формирование элементарного диалога, отработки алгоритмов речевого взаимодействия в различных ситуациях.

В дальнейшем такой ребенок должен обучаться по *адаптированной основной общеобразовательной программе*. Образовательная работа с таким учащимся в первую очередь должна быть направлена на формирование навыков коммуникации, социализации и самообслуживания. АООП данная категория учащихся усваивает, как правило, частично [10].

К третьей группе РДА можно отнести детей с выраженной неравномерностью формирования психических сфер и аффективной «заряженностью». В этом случае обращение родителей к специалистам чаще связано с трудностями во

взаимодействиях с ребенком, его конфликтностью, резкой дезадаптацией в среде сверстников, отсутствием понимания правил социума.

Особенности поведения. Дети третьей группы демонстрируют псевдообращенность к собеседнику, выражение «энтузиазма» с высокой «...одухотворенностью на лице, утрированное оживление, которое носит несколько механистичный характер, но может оцениваться как высокое интеллектуальное развитие в силу того, что речь подчеркнута взрослая, с большим запасом слов, «высоко интеллектуальными» интересами, которые демонстрирует ребенок» [7]. В то же время именно речевая деятельность привлекает внимание своей спецификой: оторванностью от конкретной ситуации, маломодулированностью, иногда своей скандированностью, как правило, на высоких тонах. Внешне обращает на себя внимание «горящий взор», блестящие глаза и выражение постоянного энтузиазма. При этом для ребенка взрослый выступает не как субъект общения, а лишь как «реципиент» его интеллектуальной продукции. У этих детей феноменологическая картина, порой ошибочно производит более благоприятное впечатление с точки зрения коммуникации ребенка и уровня его развития. Именно у них часто выявляют варианты парциальной одаренности. Такие дети часто выглядят как захваченные своими собственными стойкими интересами, и их родители обращаются уже не за помощью вследствие отставания в общем развитии ребенка, а в связи с трудностями во взаимодействии с таким ребенком, его конфликтностью, невозможностью уступить, непонимания правил социума в целом, резкой дезадаптацией в среде сверстников.

Моторное развитие также специфично: дети моторно неловки, отмечается нарушения мышечного тонуса, недостаточность координации движений, трудности «вписывания» в пространство. В частности, всегда поражает несоответствующая интеллектуальному уровню бытовая неприспособленность, невозможность выработать простые навыки самообслуживания (как показатель именно искажения этой сферы). При этом у них меньше моторных стереотипий, скорее им свойственны стереотипии речевые [1].

Характер деятельности. Дети часто оживлены, многословны, громки. Создается ощущение их активности и деятельности, хотя и продуктивность деятельности, и ее темп, и работоспособность не всегда соответствуют возрасту. Активны и неутомимы эти дети исключительно в сфере своих стереотипных интересов. Их речь на интересующие темы становится быстрой, движения энергичными. Ребенок много жестикулирует. Все компоненты их произвольной регуляции оказываются явно недостаточно развиты. Они не в состоянии соотносить свое поведение и регулировать его в соответствии с требованиями окружающей обстановки (ситуации). Например, они совершенно не в состоянии произвольно остановить свой речевой поток даже после того, как активный слушатель уйдет, но продолжают воспроизводить его снова и снова. В рамках своих стереотипных переживаний и нечасто возникающих поведенческих ритуалов программа такой деятельности удерживается, но очень негибко (как и в любом ритуале). Регуляция

своего движения также сформирована недостаточно как в крупной, так и в мелкой моторике.

Обучаемость. Их трудно обучить моторным навыкам, в том числе простым графическим навыкам письма. Критичность такого ребенка также снижена. Их вообще мало интересует собственно результативность какой-либо деятельности, в особенности в тех случаях, когда они оказываются «заряженными» самим процессом выполнения задания. Ошибок своих они не замечают (хотя следует отметить, что в целом эти дети оказываются успешны в выполнении большого ряда собственно интеллектуальных заданий) и могут «убежденно» отстаивать (но без критики) свое решение. Наименее критичны дети к своим стереотипным агрессивным переживаниям, изощренным рассуждениям о своей мести кому-либо и т.п. Дети этой категории могут легко обучаться сложным вещам (например, сложным видам вычислений или чтению сложных по своей структуре текстов), но, в то же время, с трудом обучаться элементарным навыкам (как-то: графическим навыкам, навыкам самообслуживания, включая даже завязывание шнурков и т.п.). И у них наблюдаются выраженные трудности обучения, связанные с пониманием условностей, скрытого смысла рассказов, подтекстов и метафоризации в подаче материала.

Также отмечается своеобразие *познавательной деятельности*. Именно этим детям врачами-психиатрами часто выставляется диагноз «Синдром Аспергера» (в соответствии с МКБ-10). Это очень «вербальные» дети, их речь изобилует книжными цитатами, сложными малочастотными словами. Развитие мыслительной деятельности наиболее искажено. Ребенок может понять закономерности и причины того или иного и не соотносить все это с действительностью. «...Эти умные дети часто проявляют большую ограниченность, выхолощенность в понимании происходящего». Часто они не чувствуют подтекста ситуации, проявляют большую социальную наивность. Сфера пространственных, пространственно-временных представлений сформирована неравномерно, чаще недостаточен уровень телесных интеграций. В то же время результативность выполнения невербальных (перцептивно-логических) заданий может быть достаточно высокой. Могут наблюдаться и легкие проявления искажения мыслительной деятельности. Чаще всего отмечается хорошая слухоречевая память.

Эмоциональное реагирование. Именно аффективно-эмоциональная сфера оказывается максимально «затронутой» при данном варианте искаженного развития. На первый план у детей, относимых как к *третьей*, так и к *четвертой группе* выступает невозможность организовать полноценную и адекватную коммуникацию с окружающими (порой, одинаково трудно организовать общение, и с детьми, и со взрослыми). Причем каждая из описываемых групп характеризуется собственной спецификой проявлений проблем в межличностных отношениях с окружающими. Эмоциональная сфера отличается выраженной спецификой: буквальное понимание образных выражений, принятие всего на веру, определенная наивность, доходящая до гротескной, непонимание юмора и шуток, метафоричности высказываний и выражений. Значительные трудности ребенок испытывает при необходимости «считывания», понимания эмоций и чувств окружающих его людей. При этом

ребенок часто ориентируется на оценку фрагментарных характеристик общения или настроения — так, громкий голос может для него означать, что человек сердится, вне зависимости от эмоциональной окрашенности сообщения, сказанного этим громким голосом и т.п. При этом детей, относимых к третьей группе можно чисто внешне охарактеризовать, как эмоционально «стеничных», упорных, активных и энергичных детей, хотя их преимущественно речевая активность носит своеобразный аутостимуляционный характер. На самом деле и эти дети уязвимы к неожиданным изменениям ситуации, подвержены страхам, только их тревога проявляется в подобных «активных» формах. Такой ребенок по-своему сильно привязан к близким, хотя в быту именно с близкими складываются у него непростые, зачастую «провокационные» отношения [8].

Диагнозы по МКБ-10: F84.1, F84.3, F84.5, F07.8, F07.87. Возможны диагнозы (с подрубриками) F20, F21, F25 [14].

Условия получения образования: основные формы работы с такими детьми на этапе дошкольного образования - *групповые занятия* (педагог-психолог, учитель-логопед), хотя могут иметь место и индивидуальные с акцентом на приоритет занятий с учителем-дефектологом.

В дальнейшем такой ребенок должен обучаться по *адаптированной образовательной программе* с применением *индивидуального учебного плана (ИУП)*. Основную общеобразовательную программу данная категория учащихся усваивает, как правило, частично [10].

К четвертой группе РДА можно отнести детей с неравномерностью психического развития и низким уровнем психического тонуса.

Особенности поведения. Для них характерна чрезвычайная тормозимость, пугливость (особенно в контактах), ощущение несостоятельности, необходимость постоянной поддержки со стороны взрослых. Родители, приходящие с этими детьми, чаще жалуются не на трудности эмоционального контакта, а на общую задержку психического развития. Все это в значительной степени усугубляет дезадаптацию ребенка в целом. При этом существенным является то, что дети этой группы, несмотря на аутистическую «болезненность» контактов с окружающими, пытаются все же строить правильные формы поведения в обществе. Но поскольку это происходит на фоне трудностей адекватного «эмоционального гнозиса» (восприятия и эмоциональной оценки выражения лица) – это значительно усложняет их адаптацию. Во внешнем виде чаще характерна физическая хрупкость, болезненность. Они выглядят скованными, их движения неловки и угловаты. Для них характерна вялость, замедленность речи, проблемы плавности речи, в частности, ее просодической стороны. Взгляд на лицо взрослого прерывистый, они могут отвечать полуотвернувшись от взрослого («удерживая» его в периферических полях зрения), но в то же время в целом производят впечатление патологически робких и застенчивых. В поведении бросается в глаза отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайная кратковременность) контакта «глаза в глаза», невозможность установить эмоциональный контакт с окружающими, чрезмерная зависимость,

привязанность к матери. В тревожащих ребенка ситуациях наблюдаются двигательные стереотипии (преимущественно руками) или речевые стереотипии, всегда усиливающиеся в сложных, незнакомых ситуациях [1].

Характер деятельности. Эти дети замедлены в своей деятельности, быстро утомляются, отвечая при этом с большой отсроченностью (латенцией), нередко не попадая. Часто их замедленность обусловлена неуверенностью, ожиданием поддержки со стороны близких. Для них характерна общая вялость, которая, порой, сменяется перевозбуждением. Работают, как правило, тщательно, словно боясь что-либо сделать неправильно. Поощрение зачастую вызывает ускорение деятельности. Темп деятельности пропорционален зависимости от взрослого, боязни ошибиться. Работоспособность может быть снижена. Даже речь таких детей замедлена и тиха. Характер их деятельности нельзя оценить однозначно. Если говорить о возможности следования инструкции или выполнения последовательности определенных мыслительных операций, то имеет смысл говорить о более или менее достаточной сформированности регуляции собственной деятельности. В то же время отмечается фактическая невозможность регуляции себя на двигательном уровне, тем более очевидна невозможность собственно эмоциональной регуляции. Это и свидетельствует именно об искажении в самой системе формирования произвольной регуляции деятельности как базового компонента деятельности вообще. В целом они демонстрируют относительную адекватность по отношению к предлагаемым заданиям, хотя часто излишне тревожны, легко тормозимы, требуют поддержки (часто очень объемной со стороны близких). На фоне волнения и неуверенности часто возникают двигательные (реже речевые) стереотипии. В то же время в общении, оценке ситуаций, в особенности юмористического или переносного ее подтекста, оценке эмоционального состояния окружающих и т.п. они оказываются выражено неадекватными. Они не в состоянии понять чувства другого человека, встать на его место. В силу этого они проявляют свою неадекватность практически в любой ситуации взаимодействия, и с детьми, и со взрослыми. Им свойственна чрезмерная критичность, особенно по отношению к результатам собственной деятельности, хотя, порой, они скорее будут ориентироваться на оценку взрослого, чем на собственно результат своей деятельности. Отчасти можно сказать, что эти дети критичны и по отношению к оценке своих взаимодействий с окружающими, но понять причины своей несостоятельности, в частности в игре или в общении со сверстниками, они не могут. То есть они не могут критично отнестись к себе как к субъекту общения, в том числе и за счет невозможности считывания эмоционального контекста ситуации.

Обучаемость детей четвертой группы может быть достаточной в том случае, когда педагог понимает особенности ребенка и знает о трудностях восприятия им фронтальной инструкции (то есть подходит индивидуально в рамках обучения в классе, в небольшой группе). Часто обучаемость бывает несколько замедлена не только в силу стереотипности, инертности деятельности, но и за счет специфики речевого развития и понимания условностей, невозможности понять метафоризации в подаче материала, свойственной нашей культуре.

Основным в квалификации *познавательной деятельности* является то, что часто возникает ощущение, непонимания этими детьми инструкции и потребности (иногда неоднократно) ее повторения. При этом невербальные (перцептивно-действенные и перцептивно-логические) задания могут выполняться относительно хорошо. Это часто и является причиной диагностической ошибки и квалификации состояния ребенка как традиционной задержки психического развития (ЗПР). Специфично и восприятие такого ребенка: часто отмечаются трудности целостного восприятия, фрагментарность зрительного восприятия. Налицо проблемы речевого развития: речь бедна, аграмматична, часто имеются нарушения звукопроизносительной стороны речи. Наблюдаются и трудности понимания сложных речевых конструкций, работы с вербально организованным материалом, а также трудности интерполяции и предвосхищения, дословное понимание метафор, образных выражений, недоступность понимания скрытого смысла и подтекстов тех или иных рассказов, пословиц, поговорок. За счет сниженных операциональных характеристик деятельности – ее темпа и работоспособности в целом, общей вялости ребенка возможны и иные негативные проявления при исследовании познавательной деятельности такого ребенка. Представления о потенциальных возможностях детей обычно связаны с невербальной сферой (музыкой, изодеятельностью, конструированием) [3].

Эмоциональное реагирование. Отмечаются специфичные особенности эмоционального развития — повышенная ранимость, тревожность, неуверенность в себе, тормозимость, которая «прикрывается» внешней отрешенностью. Специфично и наличие страхов, в том числе конкретных. Часто присутствует страх громкого голоса, внезапного, пусть даже и негромкого звука. Почти всегда наблюдается сверхзависимость от матери, реже от какого-либо другого близко связанного с ним человека. Дети очень привязываются к специалистам, которые с ними занимаются, глубоко переживают прекращение занятий, страдают от этой разлуки, реже – проявляют свою обиду – обходят стороной или делают вид, что не заметили, но делают это неловко и (с эмоциональной точки зрения) наивно. Их можно охарактеризовать как эмоционально «астеничных», утомляемых даже желанным взаимодействием. Основным радикалом этого варианта отклоняющегося развития следует считать огромные трудности организации продуктивного взаимодействия при одновременном наличии выраженной потребности в общении. Дети 4 группы значительно лучше поддаются психолого-педагогической и логопедической коррекции в сравнении с детьми предыдущей группы.

Диагнозы по МКБ-10: F84.0, F84.11, F84.12. Возможны диагнозы (с подрубриками): F20, F21, F25.21, F07.8, F07.87 [14].

Условия получения образования: коррекционно-развивающая помощь педагога-психолога на этапе дошкольного образования направлена на формирование социально-эмоциональной коммуникации, развитие «модели психического». Учитель-дефектолог, особенно в старшем дошкольном возрасте, проводит коррекционно-развивающую работу по формированию предпосылок учебной

деятельности. *Учитель-логопед* развивает коммуникативную сторону речи, работает над преодолением специфических речевых нарушений.

В дальнейшем такой ребенок должен обучаться по *адаптированной образовательной программе* с применением *индивидуального учебного плана (ИУП)*. АООП данная категория учащихся, в основном, усваивает [10].

3.2. **Искажение преимущественно когнитивной сферы**

Атипичный аутизм

Существует группа детей, у которых аутистические проблемы являются следствием *текущего психического заболевания*. В отдельных случаях аутистические расстройства сопровождаются соматическими (в том числе генетическими) заболеваниями. Например, при детском церебральном параличе, повреждении головного мозга вследствие краснухи у матери во время беременности, при туберозном склерозе, нарушении жирового обмена, приводящем к нарушению функций головного мозга, синдроме ломкой X-хромосомы, синдроме Ретта.

Основным и специфичным показателем, отличающим вариант *искаженного развития преимущественно когнитивной сферы* от искажения в развитии преимущественно аффективно-эмоциональной сферы (истинного РДА), является период нормативного (во многих случаях даже опережающего) психоречевого и собственно когнитивного развития. Достаточно часто при таком варианте развития существует определённый «спусковой механизм», момент начала, от которого родители и «отсчитывают» начало изменений в ребенке. Механизмом могут послужить любые события (инфекционное заболевание, прививка, помещение в детский сад, любое другое психотравмирующее воздействие). Иногда подобные изменения в ряде случаев могут начаться постепенно, без каких-либо внешних влияний. Ребенок начинает терять познавательные интересы, снижается продуктивность интеллектуальной деятельности, часто «уходит» речь, ребенок становится беспричинно вялым или возбужденным. Отмечается потеря эмоциональной живости и интереса к окружающему. До этого разговорчивый, ребенок становится молчаливым, меняется интонационная окраска речи, ее неравномерность и неадекватность по высоте или темпу высказываний. Могут возникнуть необъяснимые страхи, с бурной эмоциональной реакцией на самые обыкновенные события или явления – шум дождя за окном, звуки урчащей водопроводной трубы и т.п. Поведение ребенка становится странным. Начало проявлений может возникнуть и в возрасте (2-3 лет) и позже – в 6-7 лет [3].

Особенности поведения. В поведении часто наблюдаются стереотипные движения разной степени выраженности, в грубых случаях возможно застывание в отдельных позах, их вычурность. Речь развернута, но с вычурными, штампованными оборотами, резонерством, пустым философствованием. Голос специфично модулирован, но лицо может быть амимичным, выражать испуг или, наоборот, «горящий» взгляд. Ребенок может быть «зациклен» на своих интересах даже при

общении со специалистом. В отдельных случаях на полном серьезе может считать себя чем-то или кем-то иным (например, животным).

Характер деятельности. Темп деятельности может быть неравномерен – ребенок может молниеносно выполнить интересное для него задание и работать, не пресыщаясь и не отрываясь. А в другой раз полностью потерять интерес и отказаться от выполнения. Помимо темпа часто снижается и продуктивность психической деятельности. Формально нарушений работоспособности может и не быть, но и она сильно зависит от того, насколько ребенок «заразился» данной деятельностью. Многими авторами отмечается, что достоверно чаще у таких детей отмечаются как чисто левосторонние предпочтения, так и смешанные латеральные предпочтения, что свидетельствует об определенной специфике становления функциональной асимметрии. На всех уровнях регуляции собственной деятельности отмечается явная диссоциация между возможностью целенаправленной деятельности и деятельностью «внутри» присущего ребенку поведенческого стереотипа, последний значительно повышает уровень регуляции. Иногда дети могут достаточно адекватны, например, выражая неуверенность и опасение в незнакомой ситуации, но в основном они неадекватны и в эмоциональном реагировании, и в поведении, и во взаимодействии. Точно также и критичность почти всегда снижена к своим аффективно заряженным переживаниям, сверхценным интересам.

Обучаемость может быть достаточно высока, даже вне сферы особых интересов ребенка. В первую очередь, отмечается нарушение динамики мыслительной деятельности, опора на латентные, несущественные признаки. В школьном возрасте уже могут быть элементы разноплановости мышления, паралогизмы. Возможны эхоталии. При хорошей результативности выполнения заданий конструктивного (схематизированного) плана дети затрудняются в выполнении заданий, требующих выявления конкретных взаимосвязей между предметами или явлениями.

Из собственно специфики *познавательного развития* выделяется, в первую очередь, нарушение динамики мыслительной деятельности, опора на латентные признаки объектов и ситуаций при их анализе. У детей младшего школьного возраста помимо этого могут наблюдаться уже и элементы разноплановости мышления, паралогизмы. Отмечается выраженная неравномерность развития психических функций. При хорошей результативности выполнения заданий конструктивного (схематизированного) плана дети могут затрудняться в выполнении заданий, требующих выявления конкретных взаимосвязей между предметами или явлениями. В старшем возрасте отмечается наличие сверхценных образований, преимущественно интеллектуального плана, в подростковом возрасте – философской интоксикации. Характерна взрослая речь со сложными оборотами, склонностью к резонерству или «мудрствованию». Отмечается специфика графической деятельности: дети предпочитают рисовать схемы, карты, топографические планы. Все это тем больше выражено, чем сильнее прогрессирует болезнь. Но при благоприятном течении заболевания у значительной части детей интеллектуальное развитие можно оценить

как высокое и креативное, что в ряде случаев оценивается даже как парциальная одаренность [7].

Эмоциональное реагирование. В эмоциональной сфере достаточно рано обращает на себя внимание эмоциональная выхолощенность, снижение яркости аффекта, подавленность настроения. Наиболее ярко, особенно у детей дошкольного возраста, проявляют себя страхи, возникающие без действия каких-либо внешних факторов и не имеющие какого-либо внешнего повода (так называемые беспредметные страхи), что внешне проявляется немотивированным возбуждением, криками, неадекватным поведением. У детей школьного возраста страхи не только достаточно выражены, но и несут определенное содержание. Часто близкие отмечают эмоциональную холодность по отношению к ним и в то же время «привязанность» к малознакомым людям или даже предметам. Отмечается повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к немотивированным аффективно возбудимым вспышкам, психомоторному возбуждению, патология влечений.

Говоря о *психическом развитии* в целом, следует отметить значительную его *неравномерность*, а поведенческие нарушения и неадекватность ситуации лишь усугубляют эту картину.

Диагнозы по МКБ-10: F84.1, F84.3, F89, F84.11, F84.12. Возможны диагнозы (с подрубриками) F20, F21, F25, а также диагнозы: F07.8, F07.87 [14].

Условия получения образования: в случае такого рода аутистических расстройств дети в дошкольном возрасте, как правило, получают помощь специалистов специализированных центров, а в школьном возрасте обучаются *по программе обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)*, чаще всего в индивидуальном режиме при поддержке специального учителя-дефектолога, поскольку основной составляющей их развития является выраженное психическое недоразвитие [10].

Заключение

ПМПК является одним из институтов сопровождения квалифицированными специалистами лиц с ОВЗ, в том числе детей с РАС. Одно из направлений деятельности ПМПК - оказание консультативной помощи родителям детей с РАС.

Консультативная помощь обеспечивает эмоциональную, психологическую поддержку в трудных ситуациях с целью повышения уровня родительской компетентности в вопросах обучения, воспитания и развития ребенка.

Усиление консультативной и поддерживающей роли комиссий, предусматривающей возможность длительного динамического обследования и неоднократного консультирования родителей по вопросам дальнейшего сопровождения ребенка и реализации рекомендаций специалистов, – одно из важных условий модернизации деятельности ПМПК в Российской Федерации.

Родители становятся важнейшими участниками образовательного процесса, создания форм индивидуализации образования и организации специальных условий

для детей с особыми образовательными потребностями, то есть становятся полноправными заказчиками и экспертами деятельности ПМПК.

Задача специалистов ПМПК – максимально привлечь родителей к участию в воспитании и обучении ребенка, научить адекватно оценивать его возможности, понимать его трудности и видеть ресурсы в решении поставленных задач обучения и воспитания, повысить мотивацию на сотрудничество со специалистами.

Эффективность консультирования семьи, которая основывается на понимании родителями предоставляемой информации о включении ребенка в соответствующую его возможностям образовательную среду, об особенностях его социализации является одним из базовых условий, определяющих эффективность и результативность деятельности психолого-медико-педагогических комиссий.

Список литературы и источников

1. Волкмар, Ф. Р. Аутизм: Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей [Текст] / Ф. Р. Волкмар, Л. А. Вайзнер. – Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2014. – 223 с.

2. Захарова, Е. В. Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с аутизмом [Текст] / Е. В. Захарова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии : сб. ст. по матер. XLV международной научно-практической конференции. – Новосибирск : СибАК, 2014. – 28 с.

3. Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра [Текст]: материалы I Всероссийской науч.-практич. конф., 14–16 декабря 2016 г. в г. Москва / под общ. ред. А. В. Хаустова. М. : [ФГБОУ ВО МГППУ], 2016. – 449 с.

4. Левченко, И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии [Текст]: методическое пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. – М. : Просвещение, 2008. – 240 с.

5. Музюкин, И. Б. Команда консультирует семью. Практика ведения командных консультаций для семьи, воспитывающей детей дошкольного возраста с РАС и ментальными нарушениями [Текст] : методическое пособие / И. Б. Музюкин, Т. П. Медведева. – Воронеж, 2016. – 64 с.

6. Никольская, О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи [Текст] / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М. : Теревинф, 2012. – 227 с.

7. Никольская, О. С. Психологическая классификация детского аутизма [Текст] / О.С. Никольская // Альманах. Детский аутизм: пути понимания и помощи. – 2014. – № 18. – С. 6-10.

8. Расстройства аутистического спектра у детей: научно-практическое руководство [Текст] / под. ред. Н. В. Симашковой. – М. : Авторская академия, 2013. – 264 с.

9. Семаго, М. М. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования [Текст] / М. М. Семаго, Н. Я. Семаго. – М. : АРКТИ, 2014. – 368 с.

10. Создание специальных условий для детей с расстройствами аутистического спектра в общеобразовательных учреждениях: методический сборник / отв. ред. С. В. Алехина ; под. ред. Е. В. Самсоновой. – М. : МГППУ, 2012. – 56 с.

11. Семаго, Н. Я. Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности [Текст] / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго – М. : Генезис, 2011. – 400 с.
12. Ткачева, В. В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии [Текст] / В. В. Ткачева. – М. : Психология, 2008. – 302 с.
13. Туревская, Р. А. Личностно-ориентированный подход в системе сопровождения семей, воспитывающих детей с отклоняющимся развитием [Текст] : Р. А. Туревская, Е. Н. Косарева, И. В. Егоршева // Материалы 6-й Международной научной конференции «Психологические проблемы современной семьи» : МГУ имени М.В. Ломоносова. – М., 2015. – С. 1265–1281.
14. Международная классификация болезней МКБ-10 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mkb10.ru> (дата обращения: 12.01.2018).
15. Мизинова, Я. Г. Психологическое сопровождение семей, имеющих детей с ранним детским аутизмом (РДА) [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.upsihologa.ru> (дата обращения: 29.01.2018).
16. Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии [Электронный ресурс]: приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 20 сентября 2013 г. № 1082 – URL: <http://www.rg.ru/2013/11/01/medkomissia-dok.html> (дата обращения: 12.11.2018).
17. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» [Электронный ресурс]: – URL: www.consultant.ru (дата обращения: 17.02.2018).
18. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 декабря 2014 года № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)» [Электронный ресурс]. – URL: www.consultant.ru (дата обращения: 17.02.2018).
19. Родителям об аутизме: сборник статей [Электронный ресурс]. – URL: <http://contact-autism.ru> (дата обращения: 14.01.2018).
20. Федеральный закон «Об Образовании в РФ» от 29.12.2012 г. № 273 – ФЗ [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru/document/cons> (дата обращения: 15.02.2018).
21. Фонд содействия решению проблем аутизма в России «Выход» [Электронный ресурс]. – URL: <http://outfand.ru>
22. Аутизм в России и в мире [Электронный ресурс] // РИА Новости. – URL: <http://ria.ru/spravka/20120402/615322608.html>

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ
ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

*Организация пространства у детей
с расстройствами аутистического спектра*

При организации пространства необходимо соблюдать ряд условий: окружающая ребенка обстановка должна характеризоваться упорядоченностью и умеренностью.

Для того чтобы создать **упорядоченное пространство**, необходимо:

1. Определить функциональное назначение каждого помещения в квартире. Каждая комната должна быть условно **разделена на «зоны»** для различных видов деятельности. Например, в комнате ребенка должна быть
«зона отдыха» «игровая зона» «учебная зона»



2. Всегда выполнять определенный вид деятельности только в соответствующем помещении. Создание порядка и предсказуемости действий позволяют аутичному ребенку наилучшим образом адаптироваться к окружающей его обстановке, сформировать ситуативные социально-поведенческие паттерны.
3. Предметы быта, домашнего обихода, учебные и игровые материалы должны находиться только в соответствующем помещении или «зоне». Это помогает ребенку в полной мере осознать социальные функции различных предметов.

Умеренность окружающего пространства подразумевает разреженность, неперегруженность квартиры, дома или кабинета предметами быта, домашнего обихода, учебными и игровыми материалами. Все предметы, находящиеся в помещениях, должны быть функциональными и немногочисленными.

При организации бытового пространства используются *подсказки*, помогающие ребенку ориентироваться в окружающем мире и формирующие адаптивное социальное поведение. Условно такие подсказки можно разделить на три вида: ориентировочные, коммуникативные и социально-поведенческие.

В качестве **ориентировочных подсказок**



используются пиктограммы с изображениями предметов или действий, обозначающих определенные помещения, виды деятельности (например, на пиктограммах может быть изображение человека в лифте, в душе, поднимающегося по лестнице, рисунок телефонной трубки, вилки и ножа и т.д.).

Коммуникативные подсказки – это ситуативные таблички с текстом, расположенные в соответствующих местах (например, на двери туалета – «я хочу в туалет», на входной двери – «открой дверь», на шкафу с одеждой – «давай одеваться» и т.д.).

В качестве **социально-поведенческих подсказок** используются рисунки, пиктограммы с изображением действий, соответствующих социальной ситуации. Например, лист с правилами поведения на занятиях, прикрепленный в кабинете напротив рабочего места ребенка.

ПРАВИЛА ОБЩЕНИЯ	
Я называю по имени человека, с которым говорю.	
Я поворачиваюсь лицом к человеку, с которым говорю.	
Я смотрю на человека, с которым говорю.	
Я стою рядом с человеком, с которым говорю.	
Я слушаю, что мне говорят.	

Рядом с текстом могут быть размещены соответствующие иллюстрации.

Информация подготовлена по материалам сайта <https://psyjournals.ru>

Приложение 2

ЦЕНТРАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Организация времени, режима дня у детей с расстройствами аутистического спектра

Учитывая склонность к стереотипам, характеризующую детей с аутизмом, режим дня должен иметь определенную *последовательность* и *повторяемость*.

Ребенку нужно *наглядно* продемонстрировать последовательность событий или действий при помощи фотографий или карточек с изображением предполагаемой последовательности.

Благодаря таким **визуальным подсказкам** ребенок понимает, какие социально-поведенческие акты необходимо совершать в определенный момент времени.



В качестве **символов** для определенных событий могут быть использованы:

- различные предметы, символизирующие определенное событие (например, шампунь – купание, глубокая тарелка – обед);
- фотографии (самого ребенка, выполняющего определенный вид деятельности, изображение необходимого предмета, вызывающего ассоциацию с определенным видом деятельности или режимным моментом);
- рисунки, пиктограммы;
- карточки с надписями.

Для организации деятельности ребенка в течение дня используется **расписание**. Составление расписания необходимо начинать с последовательности двух событий. Например, сначала – уборка, затем – прогулка. Когда ребенок понял принцип работы по расписанию, его можно постепенно усложнять.



Работа по организации режима дня с использованием расписания помогает ребенку осознать закономерности повседневной социальной жизни, увидеть взаимосвязь между различными событиями.

Постепенно ребенок начинает понимать, что сначала нужно помыться, а потом только ложиться спать; сначала – одеться, а потом – пойти гулять и т.д. В результате понимание последовательности событий позволяет ребенку стать более самостоятельным.

Ежедневный распорядок дня может включать следующие **режимные моменты**: подъем, уборка постели, туалет, умывание, зарядка, завтрак, занятия за столом, прогулка, обед, занятия на компьютере, ужин, игра, купание, сон.



Если ребенок понял принцип работы по расписанию дня, то нужно вводить расписание на неделю. Когда ребенок усвоил основные режимные моменты и научился ориентироваться в распорядке дня, в расписание необходимо включать различные события, не относящиеся к повседневным, например, поход в гости, прогулка по городу, поездка на дачу и т.д. Важно помнить, что:

- необходимо комментировать происходящие в течение дня события и действия, используя простые, распространенные высказывания;
- заранее и постепенно приучать ребенка к возможным изменениям в распорядке дня;
- осуществлять включение различных событий в расписание последовательно.

Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье

Информация подготовлена по материалам сайта <https://psyjournals.r>

Составители
Валерия Сергеевна Городицкая
Ирина Александровна Журавлева

**ПРАКТИКА ВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПМПК КОНСУЛЬТАЦИЙ
ДЛЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЙ

Оригинал-макет изготовлен
центром сопровождения проектной и инновационной деятельности:
Семёнова В.В., Ярлыкова О.Г.

Формат 60*84/16. Гарнитура Times New Roman.
Заказ № 539. Усл.п.л.2,3. Электронный ресурс.

АУ «Институт развития образования»

628011, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра,
г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 13.