

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)
Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Эглис Эмилия Павловна

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**Разработка программ сопровождения детей с расстройством
аутистического спектра с учётом физиологического и психического
развития**

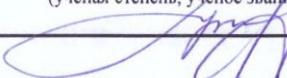
Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность (профиль) образовательной программы
Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков с нарушениями в развитии
и эмоционально-волевой сфере

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

И.о. заведующего кафедрой
К.м.н., доцент, В.Ю. Потылицина
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

 14.12.2019
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
канд. пед. наук, доцент Е.А. Черенева
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

 14.12.2019
(дата, подпись)

Научный руководитель
канд. мед. наук, В.Ю. Потылицина
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

 14.12.2019
(дата, подпись)

Обучающийся
Эглис Э.П.
(фамилия, инициалы)

 14.12.2019
(дата, подпись)

Красноярск, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы разработки программ сопровождения детей с РАС с учётом физиологического развития.....	8
1.1. Особенности физиологического развития детей дошкольного возраста.....	8
1.2. Феноменология расстройств аутистического спектра.....	12
1.3. Психолого-педагогические особенности детей с РАС.....	22
1.4. Разработка программ сопровождения детей с ОВЗ.....	25
Выводы по первой главе.....	35
Глава 2. Экспериментальное исследование особенностей психофизиологического развития ребёнка с РАС.....	37
2.1. Организация и методическое обеспечение исследования.....	37
2.2. Анализ первичных данных.....	42
2.3. Анализ результатов исследования.....	49
Выводы по второй главе.....	60
Глава 3. Разработка программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития.....	62
3.1. Теоретико-методологическое обоснование программы сопровождения.....	62
3.2. Содержание программы сопровождения.....	71
Выводы по третьей главе.....	83
Заключение.....	85
Список использованной литературы.....	90
Приложение.....	101

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. За последнее десятилетие расстройства аутистического спектра стали одним из самых распространённых видов нарушений в развитии детей. Частота встречаемости РАС растёт настолько быстро, что в научном сообществе стало принято говорить об эпидемиологическом характере распространения этого нарушения.

Во всём мире специалистами в области медицины, психологии и педагогики активно изучаются причины и факторы возникновения аутизма, особенности развития лиц с различными типами аутистических расстройств. Особое внимание уделяется вопросам разработки программ сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра.

Вместе с тем, несмотря на достаточную разработанность теоретико-методологического аппарата и множество прикладных методических рекомендаций в области коррекции РАС, разработка программ сопровождения детей с аутизмом по-прежнему вызывает у специалистов немало трудностей.

На наш взгляд, основная причина трудностей при разработке программ сопровождения детей с РАС заключается в том, что при разработке программ сопровождения специалистами уделяется повышенное внимание психолого-педагогическим и социально-психологическим аспектам коррекции нарушений в развитии, в то время как физиологический аспект проблемы практически не принимается во внимание, хотя системный характер нарушений априори предполагает определённые отклонения в физиологическом развитии, для коррекции которых так же требуется применение специальных средств.

Таким образом, можно констатировать, что **проблема исследования** заключается в наличии противоречия между фактически установленным системным характером нарушений при аутизме и недостаточным вниманием к этому факту на практике, что проявляется недостаточной разработанности

методического инструментария для комплексного сопровождения ребёнка с РАС с учётом всех параметров его психофизиологического развития.

Наличие такого противоречия обусловило актуальность темы настоящего исследования и его проблематику, концентрирующуюся вокруг вопросов теории и практики разработки программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития.

Целью исследования является теоретико-методологическое обоснование и разработка программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития.

Объект исследования: особенности психофизиологического развития ребёнка с РАС.

Предмет исследования: программа сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития.

Гипотезой исследования послужило предположение о том, что системный характер нарушений при РАС обуславливает четырёхкомпонентную структуру программы индивидуального сопровождения: медико-фармакологическая поддержка, развитие психических функций, развитие речи, развитие моторики.

В соответствии с объектом, предметом и поставленной целью были определены следующие **задачи исследования:**

1. На основании анализа психолого-педагогической литературы выявить особенности физиологического развития детей дошкольного возраста, психолого-педагогические особенности детей с расстройствами аутистического спектра, феноменологию расстройств аутистического спектра и теоретические аспекты разработки программ сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья.

2. Изучить особенности психофизиологического развития ребёнка с РАС.

3. Разработать и теоретико-методологически обосновать индивидуальную программу сопровождения ребёнка с РАС с учётом

параметров его психофизиологического развития.

Методологическую основу исследования составили: теории аутизма (Е. Блейлер, Л. Каннер, В.М. Башина, Х. Ремшмидт, А.Р. Лурия и др.), учение о триаде нарушений при аутизме (L.Wing & J.Gould), классификации психического дизонтогенеза и детского аутизма (В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Д.И. Исаев, В.Е. Каган и др.); метрический (Н.И. Озерецкий), нейропсихологический (А.Р. Лурия), психолого-педагогический (С.Д. Забрамная, Е. М. Мастюкова, Е. А. Стребелева) и клинический (Е.М. Мастюкова, Н.П. Вайзман) подходы к изучению моторной сферы детей; теории педагогического проектирования (Н.В. Кузьмина, В.П. Беспалько, Н.Г. Алексеев, Ю.В. Громыко, В.А. Никитин, В.В. Рубцов, В.Ф. Взятыйшев, Е.С. Заир-Бек, Р.И. Ильин, А.А. Кирсанов, И.И. Ильясов, Ю.С. Тюников).

Для проверки гипотезы и решения поставленных задач были использованы следующие **методы исследования:**

- теоретические: анализ психолого-педагогической, научно-методической литературы по проблеме исследования, планирование;
- эмпирические: психодиагностические методы, метод моторных проб, методы количественного и качественного анализа полученных экспериментальных данных.

В программу эмпирического исследования нами были включены следующие **методики:**

1. Моторные пробы (Н.И. Озерецкий).
2. Карта «Параметры наблюдений за ребенком с аутизмом в процессе коррекции и их оценка» (И.И. Мамайчук).

Организация исследования. Экспериментальное исследование особенностей психофизиологического развития ребёнка с РАС проводилось на базе клиники СКИРТ. Участником исследования стал мальчик по имени Сергей, 2012 года рождения (в декабре исполнилось 7 лет), с атипичным аутизмом.

Этапы проведения исследования. Исследование проводилось в

период с 2017 г. по 2019 г. и осуществлялось в пять этапов:

Первый этап – анализ общей и специальной психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.

Второй этап – формулирование проблемы и гипотезы исследования, определение его теоретических основ, целей и задач; уточнение объекта и предмета исследования; разработка экспериментальных планов.

Третий этап – сбор первичных данных о ребёнке, подбор диагностического инструментария для экспериментального изучения особенностей психофизиологического развития ребёнка с РАС. Проведение исследования. Анализ первичных данных и результатов исследования.

Четвертый этап – разработка и теоретико-методологическое обоснование программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом параметров его психофизиологического развития.

Пятый этап – обобщение теоретических положений и экспериментальных выводов, корректировка текста работы и её оформление.

Теоретическая значимость исследования заключается в обобщении и систематизации научных представлений о закономерностях и особенностях психофизиологического развития детей с расстройствами аутистического спектра; сформулированы базовые теоретико-методологические основы разработки программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом всех параметров его психофизиологического развития.

Практическая значимость настоящего исследования состоит в разработке программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом всех параметров его психофизиологического развития, в полной мере, соответствующей требованиям комплексного подхода и учитывающей системный характер нарушений при РАС.

Апробация результатов исследования осуществлялась в форме научных публикаций.

По теме исследования было опубликовано две научные статьи:

- Психолого-педагогические особенности детей с расстройствами аутистического спектра // Сборник материалов XXV Международной научно-практической конференции «EurasiaScience», 15 ноября 2019 г. – Ч. 2. – С. 63-65;

- Теоретические аспекты разработки программ сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра // East European Science Journal. – 2019. – № 51. – С. 17-21.

Структура и объём магистерской диссертации. Работа состоит из введения, трёх глав, заключения, списка использованной литературы в количестве 100 источников, включает таблицы, приложение.

Автором лично проведены: сбор материала, подбор методик для проведения эмпирического исследования, выявление особенностей моторной сферы ребёнка с РАС, анализ результатов констатирующего эксперимента, разработка и обоснование программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития.

Глава 1. Теоретические основы разработки программ сопровождения детей с РАС с учётом физиологического развития

1.1. Особенности физиологического развития детей дошкольного возраста

Дошкольный возраст (или дошкольное детство) охватывает период с 3-х до 7-ми лет. Этот период онтогенеза представляет особую значимость, в силу того, что именно за этот промежуток времени в развитии ребёнка происходят важнейшие функциональные преобразования – совершенствуется структура головного мозга, интенсивно развиваются и достигают определённой степени зрелости все органы и системы детского организма.

Физиологическое развитие дошкольника происходит на фоне физического развития и одновременно с ним. Физическое развитие имеет свои особенности, которые выражаются, прежде всего, в его неравномерности. Если в первые два года (на 4-5-м годах жизни) ежегодная прибавка в росте составляет, в среднем, 4-6 см, то в последующие два года (на 6-7-м годах жизни) можно наблюдать бурный рост с прибавкой в росте, в среднем, от 8 до 10 см в год. В психофизиологической науке это явление именуется «первым периодом вытягивания» [4].

Причина столь значительной прибавки в росте – функциональные изменения в эндокринной системе, выражающиеся в резком усилении функции гипофиза. Именно поэтому в случае отставания в росте от нормы на 15-20% необходимо обратиться к эндокринологу, чтобы или исключить, или вовремя диагностировать нарушения в функционировании гипофиза [78].

В контексте темы настоящего исследования следует заметить, что лицам с расстройствами аутистического спектра свойственно наличие разнообразных сопутствующих заболеваний, поэтому отслеживание параметров роста тела дошкольника с установленным диагнозом РАС имеет существенное значение для выбора стратегии и тактик его медико-

психолого-педагогического сопровождения и разработки адекватной ситуации индивидуальной коррекционной программы.

Помимо специфических особенностей процесса роста тела, имеют место значительные изменения в телесных пропорциях, а именно: окружность грудной клетки увеличивается, верхние и нижние конечности заметно удлиняются [47].

В отношении прибавки в весе наблюдается тенденция к планомерному её увеличению. Так, на 4-м году жизни средняя прибавка массы тела в норме составляет 1,2-1,3 кг в течение года, на 5-м году жизни она увеличивается до 2 кг, в течение 6-го года жизни ребёнок, в среднем, прибавляет в весе 2,5 кг, а на протяжении 7-го года жизни – порядка 3,5 кг [25].

Для определения степени соответствия возрастным нормативам на 7-м году жизни производится сравнительный анализ актуальной массы тела ребёнка с массой его тела в годовалом возрасте, соотношение должно быть 2:1. Если актуальная масса тела на 10% и более превышает двойную массу тела ребёнка в его годовалом возрасте, то это расценивается как ожирение, для устранения которого необходима помощь специалиста [25].

Недостаточная, в сравнении с возрастной нормой, масса тела ребёнка тоже является поводом для обращения к педиатру и специалистам узкого профиля (гастроэнтерологу, эндокринологу), так как указывает на нарушения в физическом развитии, причина которого требует выяснения и устранения.

Среди лиц с диагностированным аутизмом ожирение, как сопутствующее заболевание, встречается нередко, в связи с чем при оценке параметров развития ребёнка дошкольного возраста с РАС замеры массы тела и определение соответствия результатов возрастным нормативам так же следует признать необходимой диагностической пробой.

Увеличение массы тела ребёнка происходит, в числе прочего, за счёт увеличения плотности и массы костной ткани. Сила и работоспособность костно-мышечной системы к 5-ти годам значительно увеличивается и

выражается в увеличении способности переносить нагрузки, в повышении сократительной способности мышц [85].

Благодаря развитию центральной нервной системы, двигательные функции совершенствуются, у ребёнка появляется выраженное чувство равновесия, движения становятся гораздо более скоординированными, нежели в более раннем возрасте. Кроме того, уменьшается мышечный тонус, что в результате делает движения более плавными. Эта особенность развития костно-мышечной системы очень важна в рамках исследуемой проблематики, так как детям с аутистическими расстройствами свойственны нарушения в двигательной сфере – трудности с координацией движений, недостаточность гибкости и пластичности и т.д.

Развитие костно-мышечной системы в дошкольном возрасте создаёт предпосылки для занятий гимнастикой, обучения танцам, катанию на коньках, ходьбе на лыжах, езде на двухколёсном велосипеде.

К моменту достижения ребёнком 5-летнего возраста размер и масса головного мозга ребёнка становятся приблизительно равными размеру и массе мозга взрослого человека. Процесс развития борозд и извилин протекает очень интенсивно. При этом доминирует, как правило, правое полушарие, что обуславливает высокую эмоциональность, недостаточную уравновешенность ребёнка и преобладание образного мышления над логическим. По причине пока ещё недостаточной развитости левого полушария головного мозга ребёнку дошкольного возраста бывает трудно выразить переживаемые впечатления, эмоции и состояния словами, ему сложно концентрировать внимание на чём-то одном, он непосредствен и максимально искренен [33].

Вялость мимики и жестикуляции, чрезмерная подвижность лицевых мышц (постоянное гримасничанье) недостаточная экспрессивность речи, однообразность и скованность поз, напряжённость отдельных частей тела, неуверенность походки, непродуктивность движений при их высокой интенсивности, моторная заторможенность – всё это внешние проявления

психомоторного неблагополучия, которые являются маркерами нарушений в психофизиологическом развитии ребёнка дошкольного возраста.

Как отмечалось выше, в дошкольном возрасте дети становятся более выносливыми, что создаёт предпосылки для развития навыков самообслуживания и привлечения их к посильной трудовой деятельности. Неспособность ребёнка осваивать типичные действия по самообслуживанию, за исключением тех случаев, когда это является результатом выбора непродуктивной стратегии воспитания ребёнка в семье, так же следует рассматривать как признак отклонения от нормативных возрастных показателей.

По достижении ребёнком 6-7-летнего возраста происходит смена всех молочных зубов, прорезываются коренные зубы. Деятельность пищеварительного тракта стабилизируется и становится идентичной деятельности пищеварительной системы взрослого человека. Объём желудка достигает 400-500 мл, мышечный слой его увеличивается, количество пищеварительных соков и ферментов увеличивается, их активность возрастает. За счёт этого резко уменьшается частота возникновения желудочно-кишечных расстройств [4].

К 6-ти годам, благодаря совершенствованию желудочно-кишечного тракта, ребёнок, хотя и находится в постоянном общении с окружающими и подвержен воздействию острых кишечных инфекций, заболевания случаются гораздо реже, нежели в предшествующем периоде онтогенеза, протекают они обычно легче, а риск осложнений значительно уменьшается [47].

Вместе с тем, нельзя не отметить, что нарастающая сенсibilизация организма способствует возникновению у дошкольников аллергических и инфекционно-аллергических заболеваний (бронхиальной астмы, ревматизма и др.). Более того, в этом возрасте высока частота заболеваемости острыми респираторными заболеваниями, и среди детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения, выделяется особая категория – часто и длительно болеющие дети. Для таких детей требуется особый подход в

организации процесса адаптации к условиям детского сада, а также принятие дополнительных мер поддержки иммунитета – витаминизация, закаливающие процедуры и др.

Таким образом, дошкольный возраст можно по праву назвать периодом интенсивного физиологического развития ребёнка, сопровождающегося активным ростом, созреванием органов и их систем, совершенствованием множества различных психофизиологических функций. Знание закономерностей и особенностей физиологического развития ребёнка дошкольного возраста позволяет не только создавать условия для полноценного разностороннего развития дошкольников, но и своевременно отслеживать и фиксировать признаки нарушений в развитии.

1.2 Феноменология расстройств аутистического спектра

В современной литературе по теме исследования выделяется три группы признаков, по которым осуществляется дифференциальная диагностика аутизма с возможностью максимально точно устанавливать структуру нарушения развития в каждом конкретном случае.

Первая группа признаков – это качественные нарушения в социальном взаимодействии.

В их число входят [49]:

- трудности в использовании невербальных средств (зрительного контакта, мимики, жестов, поз, положения тела в пространстве) при осуществлении и регулировании социального взаимодействия;
- невозможность осуществления социального взаимодействия со сверстниками на основе общих видов деятельности, интересов, обмена эмоциональными реакциями и переживаниями;
- отсутствие потребности и/или неумение находить у окружающих поддержку в состоянии беспокойства, а также проявлять сочувствие и оказывать поддержку другим людям, находящимся в стрессовом состоянии;

- отсутствие потребности разделять с другими переживаемое чувство радости, обмениваться информацией об интересах и достижениях;

- снижение или полное отсутствие способности адекватно реагировать на эмоциональные переживания других людей, вести себя в соответствии с социальным контекстом; рассогласованность коммуникативного и социального поведения.

Принято считать, что при наличии хотя бы двух из пяти перечисленных критериев имеются основания для фиксации признаков аутистического расстройства.

Вторая группа диагностических признаков – аномальные изменения в коммуникативной сфере. Они проявляются, по меньшей мере, в одной из 4 следующих областей [51]:

- отставание в формировании разговорной речи с одновременным отсутствием попыток компенсировать недостаток лексического запаса и грамматических конструкций мимикой и жестами;

- ограниченность или полное отсутствие воображаемой (в более раннем возрасте) или социальной игры-имитации;

- потребность и способность инициировать и поддерживать разговор;

- идиосинкрязия (болезненное использование слов или предложений).

Третья группа диагностических признаков – различные виды ограничений и стереотипий. В эту группу входят [52]:

- стереотипные и повторяющиеся механические движения;

- поглощённость одними и теми же интересами при слабом реагировании или полном отсутствии реагирования на попытки заинтересовать чем-то другим;

- фиксация на каких-то определенных частях или не функциональных признаках (элементах) предметов;

- наличие и скрупулёзное соблюдение специфических ритуалов, не обладающих свойством функциональности.

Применительно к данной группе признаков, диагностически значимым является наличие хотя бы одного из четырёх перечисленных.

Перечисленные выше симптомы во многом пересекаются с теми, что были выделены Л. Винг и названы «триадой нарушений», которая наблюдается при аутизме [96].

Остановимся на ней подробнее. Первая ключевая область нарушений связана с общением. Примеры проявления таковы [14]:

- 1) отрешённость и безразличие по отношению к другим людям;
- 2) пассивное принятие социального контакта, возможно проявление определённого удовольствия от этого, однако предпринятие конкретных действия к созданию (поддержанию) коммуникации нет;
- 3) имеются попытки вступить в контакт с окружающими, однако достигается это специфическими нетипичными способами, обращая мало внимания (или совсем не обращая внимания) на то, как реагируют на это люди, с которыми они пытаются общаться;
- 4) неестественный, неподходящий, формальный способ взаимодействия с другими людьми (как с близкими, так и с незнакомыми).

Следующий базовый признак аутизма – нарушения в социально-коммуникативной сфере, выражающиеся в трудностях формирования вербальных и невербальных средств коммуникации [17, 18].

Третьим компонентом «триады» является аномальное развитие воображения, которое может проявляться следующим образом [1]:

- 1) отсутствует возможность использовать воображение в игре;
- 2) склонность фиксироваться на несущественных аспектах предметов разных объектов окружающего места – нет целостного восприятия происходящего;
- 3) количество действий, которые люди с аутизмом способны имитировать, резко снижено; игры оказываются «очень жесткими и стереотипными», хотя могут казаться сложными;

4) понимание действий, предполагающих осознание слов, отсутствует, вследствие чего аутисты не стремятся принять участие в подобном разговоре (даже при наличии необходимых навыков).

Ещё один компонент, сопутствующий «триаде нарушений», - стереотипные действия. Они могут быть простыми (скрежет зубами, постукивание пальцами, раскачивание и т.д.) и сложными предметно-действенными (бесцельное коллекционирование предметов, сильная привязанность к предметам (вплоть до абсолютной невозможности отказаться от предмета) и др.). Ещё одна разновидность стереотипий – рутинные постоянно повторяющиеся действия (создание собственных ритуалов совершения повседневных действий и неукоснительное следование им). Могут встречаться и сложные абстрактные или вербальные стереотипии (чрезмерная увлечённость разговорами на конкретную тему, просмотром изображений конкретной тематики и т.д.) [96]. Заметим, что само по себе наличие увлечённости какой-либо тематикой не является прямым признаком РАС, оно является диагностически значимым лишь в сочетании с вышеперечисленными признаками.

К вторичным признакам РАС относятся: отсутствие зрительного контакта, специфическое сенсорное реагирование (например, непереносимость громких звуков, яркого света, избирательность в еде и др.), трудности в развитии моторно-двигательных функций, несформированность механизма подражания, нарушения сна, аномалии в физическом и физиологическом развитии, одарённость в какой-либо узкой области [99, 100].

В контексте темы настоящего исследования особый интерес представляют закономерности и специфические черты физиологического развития детей с расстройствами аутистического спектра. Прежде всего, следует обратить внимание на особенность, которую можно условно назвать «иллюзией нормальности». Речь в данном случае идёт о том, что большинство детей с РАС внешне производят впечатление физически

здоровых и не имеющих выраженных проблем моторно-двигательного свойства, однако это впечатление обманчиво. Вероятнее всего, иллюзия двигательной сохранности возникает из-за того, что на первый план выходят социально-коммуникативные признаки расстройств (особенности реагирования на окружающих людей, специфика вербального и невербального поведения, нарушения контактности, неадекватное реагирование на ситуацию и т.д.).

Однако при ближайшем рассмотрении становится очевидным, что при выполнении любого задания, требующего включения целенаправленных двигательных актов, у ребёнка с РАС возникают трудности в совершении движений даже на уровне их простой имитации, а также сложности в понимании инструкции к действию.

Что касается непосредственно особенностей физиологического развития детей с РАС, то здесь следует, в первую очередь, говорить о сенсорных нарушениях, т.е. о тех, которые проявляются на уровне ощущений и восприятия.

Зрительное восприятие у детей с РАС характеризуется частичным или полным отсутствием реакции слежения взглядом за объектом. Для них характерен так называемый «сквозной» взгляд – такой, будто объекта, на который они смотрят, не существует. Такие дети сосредоточивают взгляд либо на беспредметном объекте (световом пятне, блестящей поверхности, тенях и т.д.), либо на отдельной части опредмеченного объекта (кусок ковра, часть стены, собственные руки и др.) [60].

При этом созерцанию свойственна высокая степень увлечённости и/или заворожённости. Типичный пример – долгое увлечённое рассматривание пальцев рук, которые ребёнок подносит к лицу, разглядывает со всех сторон, перебирает [71, 72].

Помимо этой особенности, для аутичных детей характерен поиск определённых зрительных ощущений, которые вызываются демонстрацией ярких предметов в движении, особенно – в процессе их верчения,

мелькающих изображений, стереотипной сменой зрительных ощущений (включение – выключение света, открывание – закрывание дверей и проч.). Интересно, что при заинтересованности в стереотипной смене зрительных ощущений имеет место зрительная гиперсензитивность, проявляющаяся в переживании испуга при резком включении света или раздвигании штор, стремлении к сумраку, темноте [63].

При отсутствии проблем с функционированием органов зрения, цветовое восприятие у детей с РАС обычно не только не нарушено, но и, напротив, отличается ранним различением цветов. При этом, испытывая трудности в вербализации своих ощущений и дефицитарность в функционировании воображения, аутичные дети проявляют своё цветовосприятие в рисовании стереотипных орнаментов [26].

Слуховые ощущения и восприятие тоже имеют свои особенности, среди которых можно назвать следующие: отсутствие реакции на большинство звуков в окружающем их пространстве, боязнь отдельных звуков (обычно – громких, резких) с отсутствием привыкания к пугающим звукам. Нередко проявляется стремление к звуковой аутоstimуляции приятными, успокаивающими звуками – шуршанием целлофана, звуком разрывающейся бумаги, тихим скрипом створок двери. Звуки музыки могут вызывать как выраженное положительное отношение, вплоть до желания большую часть времени проводить под аккомпанемент музыкальных произведений, так и выраженную отрицательную реакцию, вплоть до полной непереносимости любой музыки [60].

Особенности тактильной чувствительности, кинестетического восприятия проявляются в несвойственных детям реакциях на мокрые пеленки, купание, причёсывание, стрижку ногтей, волос. Часто такие дети плохо переносят одежду, обувь, стремятся раздеться, они получают удовольствие от ощущений, вызываемых действиями по разрыванию тканей, бумаги, пересыпанию мелких предметов и веществ. Важнейшее специфическое свойство тактильных ощущений аутичных детей заключается

в том, что они плохо переносят прикосновения к самим себе. В то же время, как это ни парадоксально, в процессе обследования окружающих предметов для них очень важны тактильные ощущения – они склонны исследовать предметы и объекты, тщательно их ощупывая, и это распространяется, в том числе, на одушевлённые объекты [26].

В описаниях клинико-психолого-педагогической картины РАС часто встречаются упоминания о том, что у аутичных детей имеются сложности с принятием пищи, явление отказа от приёма пищи в их среде является закономерным и широко распространённым. Это обусловлено особенностями вкусовой чувствительности. Помимо непереносимости вкуса отдельных продуктов и готовых блюд, для детей с аутизмом характерно стремление облизывать, есть или сосать несъедобные предметы и объекты [66].

Обонятельные рецепторы у детей с РАС устроены таким образом, что аутисты обычно сверхчувствительны к запахам, а некоторые стремятся к обследованию окружающего с помощью обнюхивания [22].

Особенности проприоцептивной чувствительности проявляются в аутостимуляции напряжением тела, конечностей, ударах себя по ушам и зажимании их при зевании, ударах головой о спинку кровати, влечении к игре с взрослым типа верчения, кружения, подбрасывания. Широко распространено гримасничанье, не адекватное ситуации [39].

Перечисленные особенности сенсорного развития детей с РАС не относятся к числу тех, которые могут быть устранены. В этой связи важно понимать, что такие физиологические особенности аутичных детей должны учитываться при разработке программ сопровождения в виде рекомендаций по специальной организации пространства, в котором позитивные проявления физиологических особенностей будут стимулироваться, а негативные – минимизироваться. Этот момент особенно важен, когда речь идёт об инклюзивном обучении детей с РАС в условиях

общеобразовательных учреждений, в которых влияние факторов, продуцирующих негативные специфические сенсорные реакции неизбежно.

Кроме особенностей физиологического развития на уровне ощущений и восприятия, практически у всех детей с расстройством аутистического спектра имеются нарушения в развитии моторной сферы. У некоторых есть особенности при выполнении произвольных движений, видна недостаточность координации движений, неловкость при ходьбе.

Расстройство моторного формирования вызвано значительным уровнем тревоги аутичного ребёнка, недостаточным постижением происходящих событий, страхами. Ребёнок не совершенствуется, а впадает в защитные стереотипные формы поведения (однообразные, повторяющиеся ритмичные движения – бег по кругу, раскачивание, взмахи, манипуляции с мелкими предметами), следовательно, моторная сфера искажена и формируется очень медленно [57].

Многим детям с аутизмом свойственны нарушения регуляции мышечной деятельности, в результате этого своевременно не формируется контроль за двигательными актами, возникают трудности в формировании произвольных движений, в становлении их целенаправленности и координированности, страдает пространственная ориентировка [93].

У большинства детей с РАС возникают сопутствующие движения (синкинезии), а также трудности зрительно-моторных координаций. При этом сильно нарушенными оказываются моторные компоненты речи, тесно связанные с общим развитием как крупной, так и мелкой моторики [92].

Кроме того, имеют место двигательные стереотипии (раскачивания всем телом, похлопывания или почёсывания, движения пальцами перед глазами или движения руками, похожие на хлопанье крыльями, ходьба на цыпочках, кружение на одном месте), а также отмечается незнание и неиспользование детьми отдельных частей тела [76].

Нарушения двигательной сферы усугубляются характерными поведенческими особенностями аутичных детей с недостаточностью

социального взаимодействия, взаимной коммуникации, недоразвитием воображения [83].

Говоря об особенностях физиологического развития детей с РАС в контексте теоретических основ разработки комплексных программ сопровождения аутичных детей, нельзя не упомянуть и о сопутствующих нарушениях и заболеваниях.

Согласно научным данным, от 30 до 40 процентов лиц с аутистическими расстройствами имеют в анамнезе заболевание эпилепсией. Около половины случаев представлены различными типами эпилепсии (включая инфантильные спазмы) с началом в раннем детском возрасте. Вторую половину составляют случаи с началом преимущественно в период полового созревания [55].

Сложные парциальные и генерализованные тонико-клонические судорожные припадки – это наиболее часто наблюдаемые типы эпилепсии, но часто встречаются и смешанные типы судорог; при аутизме возможен любой тип судорожного расстройства [55].

При развёрнутой аутистической симптоматике временами встречается синдром Ландау-Клеффнера – расстройство, включающее вербальную слуховую агнозию и эпилептическую активность на ЭЭГ [60].

При аутизме судороги, возникающие в юном и более старшем возрасте, часто относительно доброкачественны, тогда как судороги, впервые появляющиеся в первые пять лет жизни имеют более злокачественное течение, а иногда являются плохим прогностическим признаком.

Нарушения зрения при аутизме встречаются часто, но могут представлять трудности для диагностики. По данным зарубежных исследователей, около половины детей с аутизмом, уровень развития которых позволяет провести полное офтальмологическое обследование, имеет аметропии или косоглазие, или и то, и другое [79].

По некоторым данным, среди слепых детей, особенно если слепота вызвана так называемой «ретинопатией недоношенных», высока частота аутизма [55].

Снижение слуха и глухота значительно чаще встречается при аутизме, чем среди населения в целом. Снижением слуха на 25 дБ или больше страдают около 20% детей с типичным аутизмом.

Дисфазия и сопутствующие ей расстройства очень часто возникают при расстройствах аутистического спектра. Значительная часть больных аутизмом страдает экспрессивной дисфазией, наслаивающейся на их типичную аутистическую речь и языковые нарушения.

Ближе к подростковому возрасту у лиц с РАС довольно часто начинают проявляться признаки кататонического синдрома. Эти проявления могут быть достаточно тяжёлыми, особенно у больных с относительно широким диапазоном активности [98].

Нарушения координации у детей (включая бедность мимических движений) может быть первым явным признаком нарушения развития аутистического спектра.

У детей с синдромом Аспергера часто наблюдается двигательная неуклюжесть, рассматриваемая в некоторых руководствах в качестве диагностического критерия. Неуклюжесть выражена не так сильно, как при аутистическом расстройстве, но под влиянием впечатления от сохранности высших функций пациента с синдромом Аспергера складывается впечатление плохих двигательных навыков, так как в этой группе предполагаются нормальные двигательные навыки [88].

Аутизм и аутистические симптомы чаще, чем среди населения в целом, выявляются при ряде специфических медицинских состояний. И, наоборот, при аутизме высока частота таких заболеваний, как синдром ломкой X-хромосомы и другие хромосомные аномалии, туберозный склероз, нейрофиброматоз, синдром Мебиуса и синдром Ретта [55].

Безусловно, коррекционное воздействие на специфические физиологические нарушения, выражающиеся в симптоматике вышеназванных заболеваний, осуществляется медицинскими средствами и требует наблюдения врачами соответствующих профилей. Однако большинство физиологических особенностей при РАС – это мишень коррекционного воздействия педагогическими средствами.

1.3. Психолого-педагогические особенности детей с РАС

Согласно классификации психического дизонтогенеза В.В. Лебединского, детский аутизм представляет собой искажённый тип развития, базовой характеристикой которого является феномен асинхронии. Асинхрония развития есть искажение последовательности созревания функциональных систем психики. Так, например, предметные действия формируются позднее вербального интеллекта, становление речевой деятельности происходит раньше, чем формирование локомоторных функций. При этом ускоренное развитие одних функций происходит изолированно, оно не оказывает стимулирующего воздействия на развитие других функций. Более того, имеет место явление «заикливания», которое провоцирует появление стереотипий [44]. Очевидно, что наличие асинхронии оказывает существенное влияние на организационно-методические аспекты обучения и воспитания детей с РАС.

Представленная картина искажённого развития характеризуется рядом психолого-педагогических особенностей, свойственных аутичным детям.

В первую очередь, это нарушения контактности. Дети с аутистическими расстройствами испытывают значительные трудности в установлении контактов не только с малознакомыми людьми, но и со взрослыми и сверстниками из своего ближайшего окружения.

Прежде всего, это трудности в установлении контактов с окружающими, которые отсутствуют или сильно снижены. Они относятся не

только к малознакомым людям и сверстникам, но и к близким. Находясь дома или в коллективе сверстников, аутичный ребёнок не проявляет интереса к людям, редко реагирует или вовсе не реагирует на обращённую к нему речь, не устанавливает и не поддерживает зрительный контакт [65].

Говоря о неконтактности аутичных детей О.С.Никольская, отмечает, что она проявляется не только во взаимодействии с людьми, но и во взаимодействии с окружающим миром в целом, и даже на базальном инстинктивном уровне [64].

Иначе говоря, у аутиста не формируется естественная для нормально развивающегося ребёнка потребность в контактах с окружающим миром и людьми, отсутствует интерес к познанию внешнего мира. При этом важно понимать, что дети с аутизмом не столько не хотят, сколько не могут вступать в общение с окружающими. В этой связи в процессе обучения и воспитания ребёнка с РАС одной из постоянных задач будет являться стимулирование интереса к миру и активные действия по поддержанию контакта с ребёнком, который сам инициативу проявлять не умеет.

Ещё одна особенность детей с РАС, существенным образом влияющая на течение и результативность процессов их обучения, воспитания и социализации, заключается в нарушении установления эмоциональных связей. Специфика этого нарушения состоит в парадоксальном сочетании отсутствия или неадекватности эмоционального отклика на окружающую ситуацию с эмоциональной восприимчивостью и ранимостью. Восприимчивость распространяется, главным образом, на негативные впечатления, на которых дети с РАС склонны фиксироваться, а ранимость обычно проявляется в болезненном реагировании на попытки окружающих вовлечь ребёнка в общение или совместную деятельность [69].

Таким образом, обучение и воспитание ребёнка с РАС сопряжено с необходимостью завоевания его расположения, постоянного отслеживания эмоционального состояния ребёнка в процессе вовлечения его в различные

виды деятельности и готовностью к возможным проявлениям эмоциональных реакций, не адекватных объективной ситуации.

Обращает на себя внимание болезненная гиперестезия (повышенная чувствительность) к стандартным сенсорным раздражителям. Для многих детей с аутизмом компоненты окружающей среды (свет, цвет предметов, звуки, температура, прикосновения и т.д.) вызывают дискомфорт. Достаточно часто в качестве такого раздражителя выступает лицо человека. В связи с этим дети не смотрят в глаза (или же смотрят «сквозь»), предпочитают оставаться в своем внутреннем мире, скрываясь от чрезмерных внешних раздражителей [70]. Сенсорная гиперчувствительность, эмоциональный дискомфорт, по данным исследователей, является благоприятной почвой для развития неуверенности в себе и формирования страхов [77]. Следовательно, организация и содержание процессов обучения и воспитания ребёнка с РАС должны исключать обилие единовременных воздействий на органы чувств. Это особенно важно с учётом того, что целостность восприятия у аутичных детей нарушена, а потому отдельные сенсорные сигналы могут расцениваться как угрозы и вызывать иррациональные страхи.

Говоря об особенностях формирования мышления детей с аутизмом, важно отметить неоднозначность мнений по данному вопросу. Так, L. Kanner полагал, что люди с аутизмом не обладают нарушениями в интеллектуальной сфере [90-91]. В то же время различные зарубежные и отечественные исследования (О.С. Никольская, Е.С. Иванов, Т. Peeters, L. Lereia и др.) показывают, что снижение интеллекта сопутствует примерно 70% случаев диагностированных аутистических расстройств, притом в подавляющем большинстве случаев речь идёт о стойких нарушениях интеллекта – умеренной до глубокой умственной отсталости [41, 68].

В специальной литературе по теме исследования имеются указания на парциальную одаренность в какой-то одной сфере [86].

Несмотря на отсутствие единства мнений специалистов относительно мыслительных способностей и интеллектуального потенциала лиц с расстройствами аутистического спектра, на сегодняшний день установлено, что интеллектуальная деятельность аутистов имеет ряд общих черт: вычурность мышления, склонность к символизму, трудности в концентрации внимания, быстрая пресыщаемость, существенные затруднения в выстраивании алгоритма деятельности [42].

Помимо перечисленных характерных особенностей, необходимо упомянуть и о несовершенстве моторики. Отмечается мышечная гипотония, двигательная неловкость, трудность при овладении навыками самообслуживания, манерность и вычурность движений [43]. Эти специфические черты двигательной активности, хотя и не относятся напрямую к психолого-педагогическим особенностям детей с РАС, всё же имеют непосредственное отношение к организационной, содержательной и результативной сторонам образовательного процесса в силу того, что затрудняют формирование продуктивных моторных навыков (в том числе – навыков письма), и это следует учитывать в процессе обучения.

Таким образом, к числу основных психолого-педагогических особенностей детей с расстройствами аутистического спектра, которые необходимо учитывать при разработке программ их обучения воспитания и социализации, следует отнести неконтактность таких детей, их незаинтересованность в освоении окружающего мира, несформированность потребности в общении, нарушения в установлении эмоциональных связей, сенсорная гиперчувствительность, специфичность интеллектуальных функций и нарушения моторики.

1.4. Разработка программ сопровождения детей с ОВЗ

Рассмотрение вопроса о теоретико-методологических аспектах разработки программ сопровождения детей с ОВЗ следует начать с

небольшой оговорки, а именно: в последнее десятилетие дети с ОВЗ стали одним из ведущих объектов государственной политики в сфере образования, что нашло своё отражение в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации», обязывающем образовательные организации разрабатывать и реализовывать адаптированные образовательные программы, с указанием на то, что у детей с ОВЗ – особые образовательные потребности [82]. Если учесть тот факт, что весь период дошкольного детства сопряжён с посещением большинством детей дошкольных образовательных учреждений, становится очевидным, что любое ДООу обязано быть готовым принять ребенка с РАС и обеспечить ему получение полноценного дошкольного образования.

В публикациях по теме исследования отмечается, что деятельность по разработке адаптированных программ представляет довольно значительные трудности для сотрудников ДООу, которые обусловлены, во-первых, необходимостью соотнесения конкретного содержания проектируемых программ с требованиями ФГОС и содержанием примерных основных образовательных программ; во-вторых, объективными трудностями в определении того, какой объём содержания адаптированной программы по каждой из образовательных областей будет отвечать требованиям необходимости и достаточности; в-третьих, необходимость предусмотреть все особенности отклонений в развитии детей с ОВЗ и подобрать оптимальные формы и методы реализации содержания образования.

На основании всего вышесказанного, можно сделать вывод о том, что алгоритм проектирования программ сопровождения детей с ОВЗ в дошкольных образовательных организациях ещё недостаточно проработан в теории и практике, а потому нуждается в уточнении и конкретизации.

Согласно требованиям нормативных документов, регламентирующих образовательную деятельность в ДООу, структура программы сопровождения ребёнка с ОВЗ должна состоять из трёх разделов: целевого, организационного и содержательного.

В качестве методологической основы для проектирования целевого раздела программы выступают идеи, принципы и подходы общего образования, сформулированные в Концепции духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России, фундаментальном ядре содержания общего образования, проекте Концепции развития дополнительного образования детей в Российской Федерации.

Особое значение для разработки содержательного и организационного разделов адаптированной образовательной программы имеет федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования, проект Концепции федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

При разработке программы сопровождения ребенка с ОВЗ в качестве методических рекомендаций целесообразно использовать примерные основные образовательные программы дошкольного образования. Данные учебно-методические материалы позволят конкретизировать требования федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования к содержательному наполнению обязательной части каждого из разделов программы.

При проектировании программы разработчикам важно учесть организацию мониторинга достижений ребенка в освоении программы.

Целевой раздел программы обязательно содержит пояснительную записку. Анализ методических материалов по теме исследования позволяет рекомендовать следующую универсальную структуру пояснительной записки, соответствующую требованиям ФГОС дошкольного образования [87]:

- цель и задачи реализации программы;
- принципы и подходы к формированию программы;
- общая характеристика программы;
- общие подходы к организации коррекционной работы.

Далее определяются принципы и подходы к формированию содержания и психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ в коррекционно-образовательном процессе.

При отборе принципов организации коррекционно-развивающей работы с ребёнком с ОВЗ в условиях ДООУ следует ориентироваться на такие принципы, как [81]:

1. Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач.

2. Принцип единства диагностики и коррекции.

3. Принцип планирования и организации специальной коррекционно-воспитательной работы с учетом структуры дефекта, индивидуальных особенностей детей.

4. Принцип группировки учебного материала в разных разделах программы по темам, которые являются сквозными на весь период дошкольного обучения.

5. Принцип реализации деятельностного подхода к коррекционно-воспитательной работе, т. е. проведение всех видов воспитательной работы - образовательной и коррекционной в русле основных видов детской деятельности.

6. Принцип комплексного использования методов и приемов коррекционно-педагогической деятельности.

7. Принцип компетентностного подхода.

8. Принцип учета психофизического состояния ребенка при определении объема и характера проводимой с ним работы по освоению программы.

9. Принцип взаимосвязи в работе специалистов.

10. Принцип дифференцированного подхода к коррекционной работе.

11. Принцип приоритетного формирования качеств личности, необходимых для дальнейшей социальной адаптации.

12. Принцип планирования и проведения всех образовательных и коррекционно-воспитательных мероприятий на основе максимально сохраненных в своем развитии функций с коррекцией нарушенных функций и формирование приемов их компенсации.

13. Принцип интеграции усилий ближайшего социального окружения.

Считаем важным в качестве принципов к формированию адаптированной образовательной программы для детей с ограниченными возможностями здоровья разработчикам применить также принципы, отраженные в федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования [32]:

- полноценное проживание ребенком всех этапов детства, обогащение (амплификация) детского развития;
- поддержка инициативы детей в различных видах деятельности;
- сотрудничество организации с семьей;
- приобщение детей к социокультурным нормам, традициям семьи, общества и государства;
- формирование познавательных интересов и познавательных действий ребенка в различных видах деятельности;
- возрастная адекватность дошкольного образования (соответствие условий, требований, методов возрасту и особенностям развития);
- учет этнокультурной ситуации развития детей;
- принцип развивающего образования, реализующийся через деятельность каждого ребенка в зоне его ближайшего развития;
- принцип интеграции образовательных областей в соответствии с возрастными возможностями и особенностями воспитанников, спецификой и возможностями образовательных областей;
- комплексно-тематический принцип построения образовательного процесса;

- построение образовательного процесса на адекватных возрасту формах работы с детьми (основной формой работы с детьми дошкольного возраста и ведущим видом деятельности для них является игра);

- принцип непрерывности образования, обеспечивающий взаимосвязь всех ступеней дошкольного образования;

- принцип системности.

Далее разработчикам программы необходимо дать её общую характеристику и подходы к организации коррекционной работы. В качестве необходимых могут быть рекомендованы следующие подходы [87]:

- построение образовательного процесса на адекватных возрасту формах работы с детьми с учетом выраженности отклонений в развитии;

- системный подход к организации коррекционно-развивающей работы;

- преемственность всех этапов коррекционно-развивающей работы: диагностического, отборочного, содержательного, организационного, мониторингового.

Таким образом, будет сформирована пояснительная записка к программе.

Следующим этапом в разработке программы является описание существенных психолого-педагогических характеристик ребёнка с ограниченными возможностями здоровья. Применительно к теме настоящего исследования, такая характеристика представлена в предыдущем параграфе.

На основании анализа психолого-педагогических особенностей ребёнка, разработчики программы определяют целевые ориентиры (возможные достижения ребенком освоения программы).

Целевые ориентиры представлены в Федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования, и их необходимо соотнести с конкретным случаем, уточнив с учётом специфики нарушения в целом и актуальным состоянием развития ребёнка, в частности.

Самым сложным разделом программы является содержательный раздел, в котором необходимо произвести отбор содержания образовательных областей в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования и учетом особенностей в развитии ребенка.

В федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования определены пять образовательных областей:

1. Социально-коммуникативное развитие.
2. Познавательное развитие.
3. Речевое развитие.
4. Художественно-эстетическое развитие.
5. Физическое развитие.

Все пять выделенных образовательных областей необходимо в содержательном аспекте скорректировать для конкретного ребёнка с учетом уровня выраженности имеющихся отклонений в развитии, исключив то содержание, с которым ребёнок объективно не сможет справиться и пролонгировав тематику содержания каждой образовательной области на более длительный период освоения с учетом возможностей ребенка.

Организационный раздел программы должен содержать описание материально-технического обеспечения, обеспеченности методическими материалами и средствами обучения и воспитания, включать распорядок и/или режим дня, а также особенности традиционных событий и мероприятий.

Особое внимание уделяется организации развивающей предметно-пространственной среды. Развивающая предметно-пространственная среда строится при соблюдении следующих принципов [73]:

- информативности, предусматривающего разнообразие тематики материалов и оборудования и активности воспитанников во взаимодействии с предметным окружением;

- вариативности, определяющейся видом дошкольного образовательного учреждения, содержанием воспитания, культурными и художественными традициями, климатогеографическими особенностями;

- полифункциональности, предусматривающего обеспечение всех составляющих воспитательно-образовательного процесса и возможность разнообразного использования различных составляющих предметно-развивающей среды;

- педагогической целесообразности, позволяющей предусмотреть необходимость и достаточность наполнения предметно-развивающей среды, а также обеспечить возможность самовыражения воспитанников, индивидуальную комфортность и эмоциональное благополучие каждого ребенка;

- трансформируемости, обеспечивающего возможность изменений предметно-развивающей среды, позволяющего, по ситуации, вынести на первый план ту или иную функцию пространства.

Уточним особенности предметно-развивающей среды группы для категории детей с расстройствами аутистического спектра.

У дошкольников с РАС имеются нарушения в речевом развитии, поэтому, помимо речевой среды в целом, в образовательном учреждении и в группе должна быть создана предметно-развивающая среда для развития речи такого ребенка. Это речевой уголок с подборкой иллюстраций с предметными и сюжетными картинками, игрушки для обыгрывания стихов, потешек, карточки с изображением правильной артикуляции звуков, схемы разбора слова, предложения, иллюстративные материалы для закрепления и автоматизации звуков [74].

Если РАС сопровождается нарушениями зрения, необходима специальная наглядность: демонстрационный материал по размеру должен быть не менее 20 см, материал раздаточный от 3 до 5 см; преобладание пособий красного, оранжевого, зеленого цветов (младшая, средняя группа), постепенное ознакомление с другими цветами в старших группах; детям от 3

до 5 лет предлагают 4-6 видов заданий, детям от 5 до 7 лет -6-8 заданий, особое внимание обратить на логическую последовательность заданий; это могут быть дидактические игры по изучаемым темам, кроссворды, ребусы, логические цепочки, алгоритмы; материал для заданий должен быть правильно подобран по размеру; предметные и сюжетные картинки необходимо окантовывать; наличие подставок, что позволяет рассматривать объект в вертикальном положении; посадка ребенка на занятия осуществляется с учетом рекомендации врача-офтальмолога.

Часто у детей с РАС диагностируется ЗПР или лёгкая степень умственной отсталости, в связи с чем необходимы различные варианты материалов по одной теме (живые объекты, объемные предметы, плоскостные предметы, иллюстрации), схемы и алгоритмы действий, модели последовательности рассказывания, описания, модели сказок [75].

Кроме того, необходимы предметы для развития перцептивных действий, предметы для развития сенсорной сферы, реальные предметы для рассматривания и обследования различной формы, цвета, величины, подборки простого иллюстративного материала по ознакомлению с природой, окружающим, действиями людей [74].

Как отмечалось выше, детям с РАС свойственны нарушения в двигательной сфере, поэтому необходимо свободное пространство, минифланелеграфы для каждого ребенка с подборкой карточек, моделей по темам, разнообразные шнуровки по темам, рамки Монтессори, мелкие предметы для счета, выкладывания узоров, переборки, сухие бассейны, тренажеры, игрушки-двигатели, сборно-разборные игрушки [87].

Необходимо так же обеспечить условия для занятий адаптивной физической культурой. Для этих целей подойдёт обычный спортивный зал, который есть в каждом ДОУ, с минимальным набором физкультурно-спортивного оборудования (палки, мячи и т.д.).

Под специальными условиями образования и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья понимаются кадровое обеспечение,

медицинское сопровождение, функциональное использование помещений в дошкольной образовательной организации для организации работы с детьми с ОВЗ, организация деятельности психолого-медико-педагогического консилиума учреждения.

Организация деятельности психолого-медико-педагогического консилиума учреждения должна быть представлена в адаптированной образовательной программе с точки зрения создания нормативно-правовой базы, содержания деятельности специалистов.

Далее необходимо представить план-график проведения диагностических процедур. Диагностика проводится с детьми с ОВЗ два раза в год: в сентябре (входная) и в мае - итоговая. По результатам диагностики организуется система индивидуальной коррекционной работы с детьми, показавшими низкий уровень развития.

Таким образом, спроектированная с учётом всех вышеперечисленных требований программа сопровождения ребёнка с ОВЗ обеспечит соответствие структуре, определённой в федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования и будет направлена на реализацию образовательных потребностей детей с определёнными отклонениями в развитии, что обеспечит надлежащее качество дошкольного образования и разностороннее коррекционно-развивающее воздействие.

Выводы по первой главе

Анализ литературных источников, посвящённых закономерностям и особенностям развития ребёнка в онтогенезе, позволяет утверждать, что дошкольный возраст можно по праву назвать периодом интенсивного физиологического развития ребёнка, сопровождающегося активным ростом, созреванием органов и их систем, совершенствованием множества различных психофизиологических функций. Знание закономерностей и особенностей физиологического развития ребёнка дошкольного возраста позволяет не только создавать условия для полноценного разностороннего развития дошкольников, но и своевременно отслеживать и фиксировать признаки нарушений в развитии.

Расстройства аутистического спектра представляют собой системные нарушения, проявляющиеся, прежде всего, в расстройствах коммуникации и социализации, трудностях в формировании вербальных и невербальных коммуникативных средств, аномалиях в развитии воображения. В подавляющем большинстве случаев расстройство аутистического спектра сопряжено с нарушениями в интеллектуальном развитии. Непременными атрибутами РАС являются отклонения в сенсорном развитии и нарушения в двигательной сфере. Специфика последних заключается в том, что внешне они не всегда проявляются со всей очевидностью, что затрудняет их своевременную диагностику и коррекцию.

Аутизм и аутистические симптомы чаще, чем среди населения в целом, выявляются при ряде специфических медицинских состояний, и, наоборот, при аутизме высока частота таких заболеваний, как синдром ломкой X-хромосомы и другие хромосомные аномалии, туберозный склероз, нейрофиброматоз, синдром Мебиуса и синдром Ретта. Коррекционное воздействие на специфические физиологические нарушения, выражающиеся в симптоматике вышеназванных заболеваний, осуществляется медицинскими средствами и требует наблюдения врачами соответствующих профилей.

Однако большинство физиологических особенностей при РАС – это мишень коррекционного воздействия педагогическими средствами.

К числу основных психолого-педагогических особенностей детей с расстройствами аутистического спектра, которые необходимо учитывать при разработке программ их обучения, воспитания и социализации, следует отнести неконтактность таких детей, их незаинтересованность в освоении окружающего мира, несформированность потребности в общении, нарушения в установлении эмоциональных связей, сенсорная гиперчувствительность, специфичность интеллектуальных функций и нарушения моторики.

Разработка программы сопровождения ребёнка с ОВЗ – это особый вид деятельности, именуемый педагогическим проектированием. К процессуальной и результативной сторонам педагогического проектирования предъявляется большое количество требований. В качестве основных требований можно выделить комплексный подход к проектированию программы и учёт специфики дефекта. В нашем случае специфичность дефекта заключается в его системности, что требует учёта всех, без исключения, параметров психофизиологического развития ребёнка с РАС.

Глава 2. Экспериментальное исследование особенностей психофизиологического развития ребёнка с РАС

2.1. Организация и методическое обеспечение исследования

Экспериментальное исследование особенностей психофизиологического развития ребёнка с РАС проводилось на базе клиники СКИРТ.

Участником исследования стал мальчик по имени Сергей, 2012 года рождения (в декабре исполнится 7 лет), с атипичным аутизмом.

Ребёнок занимается в клинике СКИРТ по индивидуальной коррекционной программе, направленной на зону ближайшего развития ребёнка.

Ребёнок посещает ГКП ДОУ. Инклюзивное обучение ребёнка в общеобразовательной среде возможно при наличии индивидуальной программы сопровождения.

Исследование проводилось в два этапа.

На первом этапе осуществлялся сбор и анализ первичных данных, зафиксированных в медицинской карте и отчетной документации специалистов клиники СКИРТ.

На втором этапе проводилось исследование актуального состояния психофизиологического развития ребёнка.

В процессе изучения научно-методической литературы по теме исследования мы выяснили, что для разработки программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития необходимо проведение комплексного обследования, включающего следующие направления:

- медицинское освидетельствование;
- психологическая диагностика;
- логопедическая диагностика;
- исследование особенностей физиологического развития.

Медицинское обследование проводилось врачом-психоневрологом с применением узкоспециализированных методов и приёмов.

Психодиагностическое исследование осуществлялось психологом, работающим с ребёнком на базе клиники СКИРТ.

Для проведения психологической диагностики специалистом использовался комплект диагностических материалов по оценке и учету индивидуальных особенностей развития детей 5-7 лет (сост. М.М. Безруких).

Исследование особенностей речевого развития осуществлялось логопедом с применением комплексного тестового метода диагностики речевого развития детей старшего дошкольного возраста (авт. Ф.Г. Даскалова).

Нами проводилось исследование особенностей развития моторной сферы ребёнка как базового показателя его физиологического развития.

В настоящее время существует несколько подходов к изучению моторики:

1) Метрический подход к изучению моторной сферы детей Н.И. Озерецкого. Широко используется при изучении детей с отклонениями в развитии. В качестве стимульного материала используются бумага, нитки, монеты и другие предметы.

2) Нейропсихологический подход к изучению моторики осуществляется с применением нейропсихологической методики А. Р. Лурии (осуществление различных моторных проб, связанных в основном с движениями руки).

3) Психолого-педагогический подход к изучению двигательной сферы детей (С.Д. Забрамная, Е. М. Мастюкова, Е. А. Стребелева). Особое внимание обращают на поведение, контактность ребенка, адекватность его мимики, жестов, повышенную истощаемость в игре.

4) Клинический подход к изучению моторики предполагает углубленное медицинское обследование ребенка (Е. М. Мастюкова, Н. П. Вайзман).

В своей работе по изучению физического развития ребенка с РАС мы применили подход Н.И. Озерецкого.

Моторные пробы по Озерецкому предполагают выполнение заданий, позволяющих оценить следующие параметры моторики:

- статическая координация;
- динамическая координация и соразмерность движений;
- скорость движений;
- сила движений;
- характер сопровождающих движений (синкинезии).

Процедура оценки статической координации состоит из двух моторных проб.

Первая моторная проба – стояние в течение 15 с закрытыми глазами; руки вытянутыми по бокам руками, и таким положением ног, при котором носок левой ноги тесно примыкает к пятке правой ноги; стопы должны быть расположены по прямой линии.

Схождение с места и балансирование расцениваются как невыполнение задания, но при этом допускается повторение выполнения задания.

Вторая моторная проба – стояние на цыпочках в течение 15 секунд.

Динамическая координация так же исследуется путём проведения двух проб.

Первая моторная проба на оценку динамической координации – закрыв глаза, коснуться указательными пальцами правой и левой руки (поочередно) кончика носа.

Тест считается невыполненным, если испытуемый коснулся не кончика носа, а какого-нибудь другого места; невыполненным считается тест также и тогда, когда испытуемый сначала коснулся другого места и только потом кончика носа. При неудаче допускается повторение теста, но не более 3 раз для каждой руки в отдельности; из трёх повторений два должны быть положительными.

Вторая моторная проба – испытуемому дают квадратный листок (размером 5x5 см) папиросной бумаги и предлагают как можно быстрее пальцами правой руки скатать его в шарик. Помогать другой рукой во время работы не разрешается. Задание выполняется при положении руки на весу. После 15-секундного перерыва предлагают скатать шарик другой рукой. Тест необходимо выполнить в течение 15 секунд для правой руки и 20 секунд для левой (для левшей цифры обратные).

Тест считается невыполненным, если будет потрачено больше указанного времени и, если шарики не будут достаточно компактно свёрнуты. При неудаче допускается повторение теста, но не более 2-х раз для каждой руки.

Скорость движения оценивается путём проведения двух тестовых проб на выполнение прыжков.

Первая моторная проба – подпрыгивание. Одновременно отделяются от земли обе ноги, слегка согнутые в коленных суставах. Высота, на которую подпрыгивает испытуемый, не учитывается. Тест считается невыполненным, если испытуемый не умеет сразу отделить от земли обе ноги, становится при подпрыгивании на пятки, а не на носки, и в течение 5 секунд производит меньше 7-8 подпрыгиваний. При неудаче допускается повторение теста.

Вторая моторная проба на оценку скорости движения – прыжки с открытыми глазами попеременно то на правой, то на левой ноге на расстояние в 5 метров. Испытуемый сгибает ногу в коленном суставе под прямым углом, руки на бедрах. По звуковому сигналу он начинает прыгать и, достигнув заранее указанного места, опускает подогнутую ногу; после перерыва в 30 секунд прыгает на другой ноге. Скорость не учитывается.

Одновременность движений исследуется посредством выполнения двух процедур.

Первая процедура: перед испытуемым ставится небольшая картонная коробка, причем на таком расстоянии, чтобы он, сидя, свободно мог достать до нее полусогнутой в локте правой рукой. Параллельно ближайшей к

испытуемому стенке коробки (передняя стенка), на расстоянии в 5 см раскладываются в ряд монеты (диаметр монеты 2 см). По звуковому сигналу испытуемый как можно быстрее должен уложить в коробку по одной монете. Испытуемый должен решить сам, с чего начать. Монеты могут быть сложены беспорядочно одна на другую. Следят лишь за тем, чтобы испытуемый, взяв монету, укладывал ее в коробку, а не бросал.

Вторая процедура – наматывание нитки на катушку. Испытуемый левой рукой держит за один конец катушку, с которой отмотана нитка длиной в 2 метра; он берет нитку указательным и большим пальцами правой руки и по звуковому сигналу, делая правой рукой круговые вращательные движения, начинает с наибольшей скоростью наматывать нитку на катушку. Для испытания левой руки конец катушки удерживается правой рукой. Следят во время испытания за тем, чтобы рука, в которой зажата катушка, оставалась неподвижной и не делала круговых вращательных движений, при наличии которых прерывают испытание, чтобы повторить его снова, но не более 3 раз для каждой руки.

Тест ограничивается временем и считается невыполненным, если испытуемый потратил на выполнение задания более 20 секунд для правой руки и более 15 секунд для левой руки (для левшей цифры обратные).

Диагностика синкинезий (сопровождающих движений) осуществляется путём последовательного выполнения двух тестовых проб.

Содержание первой пробы: испытуемому предлагается в течение 10 секунд указательными пальцами горизонтально вытянутых рук описать в воздухе круги, размер которых определяется им самим, но должен быть одинаковым для обеих рук. Правой рукой круги описываются по направлению часовой стрелки, левой рукой – в обратном направлении.

Содержание второй пробы: экспериментатор подает испытуемому руку и просит крепко пожать её сначала правой, потом левой рукой и обеими руками. Во время рукопожатия следят за тем, чтобы испытуемый не привлекал к участию другие группы мышц, в том числе – мимические.

Испытания начинаются с тестов на динамическую координацию, затем следует оценка скорости движения, силы, синкинезии и статической координации. По суммарному результату в соответствии с таблицами норм для испытуемых определяется тот или иной возрастной уровень моторного развития. Возрастная шкала норм разделена на шесть уровней (4-6, 7-8, 9-10, 11-12, 13-14, 15-16 лет).

Проведение обследования потребовало специальной организации: диагностическое занятие проходило на протяжении 2 дней, в первой половине дня, в знакомой ребёнку среде кабинета для индивидуальных занятий клиники СКИРТ; продолжительность диагностической процедуры не превышала 45 минут (нормативное время выполнения – от 45 до 65 минут), с обязательным предупреждением утомления путём переключения ребёнка на выполнение игровых упражнений.

Помимо моторных проб, было проведено обследование ребёнка по методике И.И. Мамайчук – карта «Параметры наблюдений за ребенком с аутизмом в процессе коррекции и их оценка».

2.2. Анализ первичных данных

Анализ медицинской карты ребёнка показал, что Сергей родился 14 декабря 2012 года на срок в 38 недель беременности. Роды были срочными с прокалыванием околоплодного пузыря и стимуляцией родовой деятельности.

Беременность матери Сергея была второй по счёту, роды – вторые.

На 16-й неделе беременности мать перенесла острое респираторное заболевание, для лечения которого была назначена терапия антибиотиками.

На сроке в 7 месяцев возникли осложнения – маточный тонус, угроза прерывания беременности.

В родах произошли осложнения – тугое обвитие ребёнка пуповиной, кровоизлияние в глаза.

Ребёнок родился с нормальным ростом (53 см) и массой тела (3500 г).

Данные по шкале Апгар: 8-9 баллов.

В первый месяц после грудного вскармливания случались частные срыгивания, фонтаном.

Моторное развитие ребёнка на первом году жизни соответствовало норме: держать голову начал в 1 месяц, садиться – между 6-м и 7-м месяцами, пошёл в 12 месяцев.

Характеристики раннего речевого развития таковы: гуление – 1 мес.; лепет – 6 мес.; слова – 1 год (*мама, папа, дай*); в 1 год 3 мес. - откат в речевом развитии (речь на уровне вокализации); фраза – к 5 годам (не коммуникативного характера, эхоталии).

В 9 месяцев Сереже была поставлена вакцина, через 4 дня появилась розовая сыпь и повышение температуры тела. Предположительно, вирусная инфекция – герпес 6 типа.

Дебют заболевания – в возрасте 1 года 2 месяцев.

До этого времени развивался в пределах нормы. Откат проявился в утрате навыка приёма пищи (перестал жевать), утратил речь. Перестал интересоваться окружающими средой и взрослыми, реагировать на людей, их голоса, отзываться на имя (тотальный откат коммуникативных функций). В последующем речь появилась в 2 г. 7 мес., фразы – с 5 с половиной лет.

Согласно данным медицинской карты, откату предшествовало резкое повышение температуры тела неясной этиологии.

В 2017 году при обследовании врачом-иммунологом было выявлено наличие инфекций герпес группы:

- Хроническая вирус Эпштейн-Барра (ВЭБИ) инфекция высокой степени активности;
- Хроническая цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) минимальной степени активности;
- Хроническая инфекция герпес 6 тип минимальной степени активности

Также проводилось исследование состояния иммунной системы. По результатам иммунного статуса наблюдался низкий уровень IgA (0,9 ME\мл) и снижение фагоцитарного индекса (ФИ) – 20% (лаборатория Научно-исследовательского института медицинских проблем Севера)

Было проведено 2 курса медикаментозной терапии.

Терапия была основана на противовирусных препаратах:

- таблетки «Валацикловир» (схема применения: 500 мг по ½ таблетки 2 раза в день, 50 дней);

- таблетки «Инозин пронабекс» (Изопринозин) (схема применения: 500 мг по 1 таб. 2 раза в день, 30 дней);

- таблетки меглюмина акридоацетата (Циклоферон) (схема применения: 150 мг по 2 таблетки 1 раз в день, 10 приемов).

Дополнительно была назначена иммунокорректирующая терапия:

- Кип 300 мг №5, по 1 флакону внутрь 5 дней (2 курса), препарат для повышения уровня IgA;

- Азоксимера бромид (Полиоксидоний) 6 мг №5, в/м чрез день 5 инъекций, препарат, повышающий количество фагоцитирующих клеток;

- Янтарная кислота по ½ таблетки 3 раза в день, 1 месяц, препарат метаболической терапии, воздействующий на энергетический обмен.

В результате проведённой терапии отмечается положительная динамика: снижение степени активности ВЭБИ с высокой до умеренной; возрастание процента фагоцитирующих клеток с 20% до 21%.

Состояние органов зрения и слуха – в норме.

Недостатков речи у близких Сергея не выявлено.

Коррекционная работа с дефектологом была начата через два месяца после проявления отката – в возрасте 1 года 4 месяцев. Первоначально работали с пазлами и досками Сегена.

Через 8 месяцев занятий знал цвета, формы, выучил алфавит. Заговорил, но не мог коммуницировать.

Сейчас считает до 20, обратный счёт – в пределах 10 (с 10 до 0).

Дальнейшая коррекция дефектологом осуществлялась с применением карточек PECS. Позитивные динамические сдвиги таковы:

- после 1 этапа занятий прекратились истерики;
- через 1,5 месяца сам собирал фразу;
- через 1,5 года начал эпизодически использовать обращённые фразы.

На сегодняшний день не всегда, но достаточно обширно применяет обращённые фразы (например, «я хочу к маме»).

При помощи обращённых фраз может коммуницировать с другими людьми («я хочу есть (пить, гулять, одеваться, обуваться»).

Ребёнок прошёл 5 курсов телесно-ориентированной терапии, которая дала видимый положительный эффект. Одно из первых значимых достижений – повторное приучение ребёнка к горшку, навык пользования которым был им утрачен.

Каждый курс состоял из десяти занятий.

Занятия проводились в интенсивном режиме – каждый будний день, т.е. в течение двух недель проходил один курс.

Со слов специалиста по телесной терапии, когда Сережа начал заниматься, у него были эмоциональные нарушения относительно социальных задач. Когда взрослый говорит или просит что-то выполнить, мальчик не видит взрослого полноценно, с кем нужно взаимодействовать и воспринимает взрослого как источник удовлетворения потребностей. У Сережи не было произвольности движений, саморегуляции, относительно высших психических функций. Он мог очень долго кричать, чтобы получить своё, а в начале коррекционной работы использовал крик для того, чтобы его оставили в покое.

Движения так же отличались спонтанностью, непроизвольностью, независимостью от работы коры головного мозга.

На занятиях осуществлялась работа над регуляцией поведения и произвольностью. Поведение и формирование социальных мотивов предполагало развитие у ребёнка способности видеть и слушать специалиста,

в результате чего специалист начал определять поведение Сергея, и через это посредничество ребёнок начал видеть другого взрослого.

Работа с произвольностью осуществлялась следующим образом: ребёнок сначала по необходимости, а потом и по речевой команде начинал напрягать основные группы мышц, и таким образом регуляция движения переносилась со среднего мозга на кору.

Из самоанализа специалиста: «Я говорю, или контекст ситуации, и ребенок её определяет, и через не хочу, преодолевая эмоции, начинает делать, ориентироваться на стимулы. Эти стимулы потом становятся его. То есть формируется произвольностью, опосредованный самоконтроль».

Для формирования навыков игровой деятельности, сопутствующих коммуникативных умений и эмоциональной сферы применялась методика «Флортайм».

В начале занятий Сергей вёл себя со специалистом отстранённо, позволял подходить и обращаться к нему, однако инициативы не проявлял, к специалисту относился индифферентно, вплоть до полного отсутствия какого-либо обращения.

После курса занятий ситуация изменилась в лучшую сторону: ребёнок сам начинает игру, активно провоцирует специалиста на участие в ней, ждёт ответной реакции, начал подстраиваться под темп деятельности партнёра по игре (прежде приём замедления для подстройки использовался специалистом, и ребёнок его усвоил).

В игре не только начал проявлять инициативу, но и импровизирует. Например, увидев телефон, крадется к нему, хватает и убегает, при этом ему телефон не нужен, он легко с ним расстаётся, а делает это с целью спровоцировать ответную реакцию, смеется в процессе этого.

В последнее время стал часто себя вестибулярно сенсорить, на чём специалистом выстраиваются игровые ситуации и действия: качаются в гамаке, оттуда прыгают на батуты со счётом (для замедления). Мальчик

очень быстро в это включается, стал часто применять в игре счёт, как средство коммуникации, чтобы добиться того, чего хочет.

Расширился спектр эмоционального реагирования – научился грустить и злиться.

Существенным образом поменялась техническая сторона изобразительной деятельности. Если раньше Сергей, в основном, водил кистью по листу кругами или по диагонали, то теперь начал пробовать рисовать точками (ранее эта техника была ему неприятна, он категорически отказывался повторять такой способ рисования).

Ещё один значимый положительный эффект заключается в понимании и выполнении ребёнком инструкций.

Ещё одно направление коррекционной работы, которое применялось по отношению к Сергею – это занятия йогой.

Со слов специалиста по йоге, у ребёнка было нарушение глубокой чувствительности, мозжечковые нарушения, проблемы с саморегуляцией, нарушение дыхания. Не фиксировал взгляд.

Ввиду его анатомических особенностей (короткие сухожилия), постоянно ходил на цыпочках.

На начальном этапе занятий не умел зеркально отображать действия специалиста.

Занятия продолжались немногим менее года, они не были регулярными, однако были достигнуты определённые положительные результаты:

- восстановилась чувствительность;
- стал лучше держать баланс;
- дыхание стало медленным и более глубоким;
- за счёт выполнения дыхательных упражнений улучшилась саморегуляция, ребёнок быстрее успокаивается и расслабляется;
- увеличилась амплитуда движений, мальчик увереннее чувствует себя в пространстве;

- мышцы ног растянулись, на цыпочках ходит гораздо реже.

Взгляд по-прежнему не фиксирует, но стал рассматривать специалиста, при обращении специалиста – смотрит ему в лицо осознанным взглядом. Начал зеркально выполнять некоторые упражнения.

По мнению специалиста, необходима дальнейшая работа над осью и опорами.

У Сережи наблюдается синдром скотопической чувствительности (синдром Ирлен). С целью коррекции применяются специально подобранные спектральные линзы (носит очки).

Занятия Тимокко так же принесли положительный эффект: если на момент начала занятий Сергей ничего не делал руками, то через год уже может одной рукой лопать пузырьки, раскрашивать.

Помимо индивидуальных терапевтических занятий ребёнок участвует в групповых занятиях по технологии телесного театра Р. Хейхау. Через год после начала занятий в театре начал общаться с детьми из группы, сформировались основные невербальные коммуникативные умения.

Общий итог коррекционных занятий таков: в течение первых 1 года и 2 месяцев динамики в речевом развитии не наблюдалось. В 2 с половиной года, после ежедневных коррекционно-развивающих занятий в комплексе с медикаментозным лечением, произошёл резкий скачок в развитии речи. Ребёнок научился выстраивать коммуникацию с помощью карточек PECS. На бытовом уровне зафиксировано возвращение утраченного при дебюте заболевания навыка самостоятельного приёма пищи (в том числе, пережёвывания).

Таким образом, с момента дебюта заболевания прошло 5 с половиной лет, на протяжении которых с ребёнком проводилась интенсивная коррекционная работа с использованием довольно широкого спектра дефектологических методов и технологий. Были достигнуты существенные положительные результаты. Вместе с тем, ребёнок продолжает нуждаться в

коррекционно-развивающей работе, которую необходимо осуществлять совместными усилиями специалистов разных профилей.

2.3. Анализ результатов исследования

Как отмечалось выше, исследование актуального состояния психофизиологического развития Сергея осуществлялось по четырём направлениям: определение неврологического статуса, комплексная психологическая диагностика, логопедическое исследование и изучение особенностей моторики.

Рассмотрение полученных данных начнём со сведений, зафиксированных неврологом.

На момент проведения обследования ребёнок в сознании, ориентирован правильно. Зрительный контакт слабый, соскальзывающий, неустойчивый. Общее состояние удовлетворительное.

Речь характеризуется постоянными эхолалиями. Понимание обращенной речи снижено, но на бытовом уровне понимание достаточное и может использовать обращённую речь («я хочу есть»). Общение может осуществляться с помощью карточек PECS. Просьбы выполняет частично.

Глазные щели симметричны D=S, птоза нет, объём движений глазных яблок в полном объёме, косоглазия нет, фотореакция прямая, содружественная сохранена с двух сторон.

Прикосновения к лицу ощущает, движение нижней челюсти несколько сомкнуто, напряжения корня языка.

Грубой асимметрии лица нет, носогубные складки не сглажены, слезотечения нет.

Обильная саливация. Слюна жидкая, глотание свободное.

Голова по средней линии; отмечается напряжения шейно-затылочных мышц, пальпируется ложбинка в проекции С2-С3. Отмечается мраморность

кожных покровов. Под кожей головы отчётливо просматривается венозная сеть.

Показать язык отказался. Рефлексы орального автоматизма (хоботковый, назолабиальный, рефлекс Вюрпа, рефлекс Маринеску-Радовича) яркие.

Состояние двигательной сферы характеризуется отсутствием признаков атрофии и гипертрофии. Фасцикуляций не обнаружено.

Лопатки «крыловидные».

Активные и пассивные движения сохранены в полном объёме, контрактур нет. Норматонус мышц верхних и нижних конечностей симметричный.

Сила мышц в проксимальных и дистальных отделах верхних и нижних конечностях достаточная.

Рефлексы с верхних и нижних конечностей оживлены, симметричные (бицепитальный, карпорадиальный, коленный, ахиллов).

Патологическое развитие нижних конечностей (стопные знаки Жуковского, Бабинского, Оппенгейма, Гордона, Пусеп, Чадока). Имеет место клонус стоп, формируются плоско-вальгусные стопы с 2 сторон.

Сенсорная сфера характеризуется способностью к ощущению прикосновений и различению горячего. Установить наличие нарушений поверхностной и глубокой чувствительности, сложных видов сенсорного реагирования затруднительно.

В двигательной сфере зафиксирована способность уверенно, без интенции брать игрушки и специфическое нарушение походки – с тенденцией к переходу на носочки.

Нарушений функций тазовых органов и менингеальных знаков не обнаружено.

Заключение невролога: расстройство аутистического спектра в виде двухсторонней пирамидной симптоматики, моторной (эксперссивные

нарушения речи) алалии с сенсорным (рецептивные нарушения речи) компонентом, вегетативной дисфункцией.

Перейдём к рассмотрению результатов психодиагностического обследования.

Наблюдение психологом поведения ребёнка во время обследования показало, что Сергей уверено изучает пространство помещения, но желания вступать в контакт со взрослым не проявляет, зрительный контакт не устанавливает. На имя и попытки привлечь к выполнению задания не реагирует.

Ребёнка интересует предмет, который находится в руках взрослого, он проявляет желание его получить и тянется к предмету руками.

Ребенок демонстрирует обособленную индивидуальную манипуляцию с предметами, которые выбирает сам. Может заинтересоваться вновь появившейся игрушкой, но быстро теряет интерес. Основную часть времени манипулировал с машинками, досками Сегена, Никитина, фигурами животных.

Работоспособность, возможность эмоциональных перегрузок установить не представилось возможным. Эмоциональный комфорт максимален, когда ребенок сам выбирает вид деятельности, единолично в неё погружен, при отсутствии вмешательств со стороны других людей. В случае потребности телесного контакта с родителями, просто забирается на колени, и начинает прижиматься. Интерес к заданию – проявляется, если относится к тематике игрушек, с которыми ребёнок играет самостоятельно охотно. При выполнении задания необходимо организующая помощь, чаще физическая или жестовая. Способы деятельности – методом зрительного соотнесения. Навыки саморегуляции и самоконтроля – в рамках самостоятельной деятельности демонстрирует продолжительность, увлеченность, сопровождение вокализацией. Негативные эмоциональные реакции и попытка избегания задания, в случае неуспеха. Способен выполнить задание

по образцу, но внимание обращает только с 3-4 попытки. На попытку помочь реагирует адекватно. Воспринимает физическую помощь.

Речевая инструкция малоэффективна. При изучении новых заданий требуется показ, поэтапный контроль.

Общая координация рук характеризуется использованием обеих рук при манипуляции с игрушками (предметами), перекладывает из одной в другую, одной рукой придерживает корпус игрушки, а другой пытается доставать, ведущая рука правая. Сам может налить жидкость в кружку и попить из неё. Самостоятельно ест ложкой и вилкой.

Ребёнок передвигается твердым правильным шагом с попеременным чередованием ног. Не спотыкается, перешагивает препятствия, по лестнице поднимается поочередно, меняя ноги наступая на каждую ступеньку, держась за перила. Тянется рукой за предметом по траектории по направлению цели. Может подставить стульчик, чтобы достать желаемый предмет.

Отметим, что психологом не зафиксировано особенностей походки – тенденция к переходу на цыпочки, которые были обнаружены неврологом и дефектологом в процессе предшествующей коррекционной работы.

В то же время психологом было обнаружено, что мелкая моторика рук развита слабо (слабый нажим карандаша, раскрашивает крупные с жирными границами простые рисунки). Таких признаков нарушений в мелкой моторике в процессе неврологического обследования ребёнок не проявлял.

Характеристики экспрессивной стороны речи: спонтанная произвольная речь, частично понятна окружающим, чаще произносит наименование животных, цвета, формы. Просьба вокальная отсутствует. Использует альтернативную систему коммуникации PECS, составляет предложения из двух-трех слов с помощью карточек PECS.

Понимание речи не демонстрирует. На бытовом уровне понимает простейшие варианты обращений («Серёжа, на шоколад», «пить» «гулять»). Вербальная инструкция не воспринимается, реакция отсутствует. На имя не

реагирует, реакции проявляет на голос говорящего, обычно – близкого человека.

Произвольность: выполнение заданий только с организующей физической помощью. Счёт упражнений помогает удерживаться в заданиях (в физических упражнениях). Здесь мы можем предполагать, что это сформировавшийся у ребёнка за время терапии по методике «Флортайм» навык.

Восприятие понятий величины не демонстрирует.

Восприятие формы и цвета проявляются по-особенному – ребёнок непроизвольно правильно комментирует формы и цвета, изображённые на картинке.

Доступны операции прямого порядкового счёта до 40 и обратного – от 10 до 1. На этом моменте следует так же акцентировать внимание, так как, согласно данным дефектолога, ребёнку был доступен простой счёт в пределах 20-ти, однако в процессе психодиагностического обследования Сергей продемонстрировал гораздо более высокий результат.

Восприятие пространственных отношений не демонстрирует, но способен создавать целое из частей: собирает пазлы, складывает картинку из 4 частей, интересуется конструктором Лего, собирает по образцу из 4 деталей. Можно предполагать, что в данном случае мы наблюдаем эффекты, достигнутые в процессе коррекционной работы, которая, как отмечалось выше, начиналась именно с освоения пазлов.

Операции сравнения, установления сходств и обобщения на основе сходных признаков не сформированы. Не понимает заданий, в инструкции к которым фигурируют такие понятия, как «одинаковый», «такой же», «как на картинке».

Концентрация внимания снижена, имеется склонность быстро утрачивать интерес к деятельности, в связи с чем для поддержания работоспособности необходимо постоянное переключение внимания на новые задания.

Познавательную активность проявляет в строго усечённой тематике.

Для эмоциональной сферы свойственно непонимание чувств и неспособность к проявлению эмпатии. Это в определённой степени противоречит тем данным, которые были получены от специалистов, осуществлявших коррекционную работу с мальчиком. Речь в данном случае идёт о сведениях, согласно которым ребёнок в ситуации игры демонстрировал радость, а со временем научился распознавать и проявлять грусть и злость. Такое противоречие можно объяснить существенными различиями в самих ситуациях, в которых осуществлялось наблюдение за поведением ребёнка. Во время занятий игровой терапией Сергей находился не просто в знакомой ему среде, а в среде, ставшей для него комфортной, что само по себе могло стимулировать его на эмоциональное реагирование. Во время психодиагностического обследования ребёнок, хотя и находился в привычной для него среде (знакомое пространство, знакомый специалист), но, всё же, эта обстановка не могла быть для него комфортной до той степени, при которой ребёнок начинает эмоционализироваться.

В дополнение к этим сведениям была заполнена карта «Параметры наблюдений за ребенком с аутизмом в процессе коррекции и их оценка» (И.И. Мамайчук, доктор психологических наук, профессор) (табл. А.1, Приложение А). полученные данные корреспондируют к сведениям, полученным в ходе психологического и неврологического обследования, а так же к рассмотренным выше первичным данным дефектологического обследования.

Логопедическое обследование ребёнка показало, что строение артикуляционного аппарата нарушено – провисает мягкое нёбо, корень языка – в состоянии повышенного тонуса (при выполнении упражнения «лопатка» язык не может полностью показать, при этом кончик языка напряжён, вытянут в «иголочку»).

Координация движений языка и губ нарушена, амплитуда артикуляционных движений снижена, переключение позы языка затруднено.

При выполнении артикуляционных упражнений на фоне увеличения мышечного напряжения появляется гиперсаливация.

Понимание артикуляционной инструкции затруднено, действия, которые требуется выполнить, воспроизводятся исключительно по показу.

Затруднения в понимании обращённой речи относятся не только к предъявлению инструкций, но и к речи в целом. Понимание носит ситуативный характер, требуются повторы, обращение при этом должно быть чёткое, с краткой формулировкой.

При исследовании речевого дыхания обнаружилось следующее: дыхание поверхностное; речевой выдох недостаточный, прерывистый, не продолжительный. При выполнении дыхательных упражнений начинает появляться саливация, что было отмечено и при проведении неврологического обследования. Заметим, что специалистом по йоге такая особенность не отмечалась, в то время как на поверхностность дыхания внимание обращалось. Вместе с тем, со слов специалиста по йоге качество дыхания у Сергея, в сравнении с тем, что было до начала занятий, улучшилось – дыхание стало медленным и более глубоким.

Как видим, данные двух специалистов противоречивы. Вероятнее всего, это обусловлено тем фактом, что во время занятий йогой выполняются специальные дыхательные упражнения, положительный эффект от которых и наблюдался в течение времени непосредственного взаимодействия ребёнка со специалистом, в то время как за пределами коррекционно-развивающего пространства занятия техника «правильного» дыхания может ребёнком не практиковаться по разным причинам, в том числе, по причине незрелости навыков саморегуляции и самоконтроля.

Звукопроизносительная сторона речи развита по возрасту.

Слоговая структура не нарушена, однако речь носит скандированный, послоговой характер (*со-ба-ка, стре-ко-за* каждый слог проговаривает отдельно).

Характеристики лексико-грамматического строя речи таковы: активный и пассивный словарь ниже показателей возрастной нормы; в речи чаще используются существительные, прилагательные и местоимение «Я»; в пассивном словаре глаголов и наречий мало, в активном их почти не использует. Навыками нормативного словоизменения и словообразования не владеет (путает окончания по родам, падежам и числам), но в речи присутствует словотворчество («я *непоемый*»). Может ответить на вопросы требующие в ответ согласие/несогласие («да», «не хочу», «не буду»), в то время как на стандартные анкетные вопросы ответов не даёт (*Как тебя зовут? Сколько тебе лет?*).

Сергей способен самостоятельно выстраивать коммуникацию с помощью карточек PECS. Речь носит автономный характер с немедленной и отложенной эхολалией.

Заключение: осложнённая форма общего недоразвития речи, моторная алалия с сенсорным компонентом у ребёнка с расстройством аутистического спектра.

Прежде чем рассмотреть результаты выполнения Сергеем моторных проб, отметим одну принципиально важную особенность – испытуемый не смог выполнить нормативы шестилетнего ребёнка, то есть весь объём заданий, который был представлен в параграфе 2.1. При этом заметим, что во внешнем плане нарушения в развитии крупной моторики проявляются не всегда, в том числе, они никак не проявились в ходе неврологического обследования. Эта особенность подтверждает приведённый нами в первой главе настоящего исследования тезис о том, что внешне состояние двигательной сферы дошкольников с РАС может выглядеть достаточно благополучно.

В этой связи в ходе диагностической процедуры были проведены пробы по нормативам для пятилетних детей, с которыми Сергей справился частично. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты выполнения моторных проб по Озерецкому (нормативы 5 лет)

Диагностируемое свойство	Задание	Особенности выполнения	Оценка в норме, в баллах	Фактическая оценка, в баллах
Статическая координация	Стояние в течение 10 сек «на цыпочках» с открытыми глазами, руки вытянуты по бокам, ноги плотно сжаты; пятки и носки сомкнуты.	Выполнение задания сопровождалось гримасничаньем, подрыгиваниями	1	0,5
Динамическая координация и соразмерность движений	Скатывание шариков из папиросной бумаги за отведённое время	Шарик скатать не смог ни правой, ни левой рукой	1	0
Скорость движений	Прыжки с открытыми глазами попеременно то на правой, то на левой ноге на расстояние в 5 м.	Допрыгал до заранее указанного места с третьей попытки.	1	0,5
Сила движений	Наматывание нитки на катушку	При поддержке руки ребенка, в которой зажата катушка, задание было выполнено правой рукой за 1 минуту.левой рукой задание выполнять отказался.	1	0,5
Сопровождающие движения (синкинезии)	Экспериментатор подает испытуемому руку и просит крепко пожать её сначала правой, потом левой рукой и обеими руками.	Перепутал последовательность выполнения задания, но в конечном итоге справился.	1	0,5
Итоговый результат			5	2

Ввиду того, что моторные пробы для 5-летнего ребёнка не были выполнены в полном объёме, для уточнения параметров отставания физиологического развития ребёнка от нормативных показателей, в соответствии с инструкцией к проведению обследования, необходимо было провести пробы по нормативам для 4-летних детей.

Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты выполнения моторных проб по Озерецкому (нормативы 4 лет)

Диагностируемое свойство	Задание	Особенности выполнения	Оценка в норме, в баллах	Фактическая оценка, в баллах
Статическая координация	Стояние в течение 15 сек с закрытыми глазами; руки вытянуты вдоль туловища, ноги поставлены таким образом, чтобы носок левой ноги тесно примыкал к пятке правой ноги; стопы должны быть расположены по прямой линии.	Задание выполнил с третьего раза	1	1
Динамическая координация и соразмерность движений	Закрыв глаза, коснуться указательными пальцами правой и левой руки (поочередно) кончика носа.	С заданием справился правой рукой с первого раза, левой рукой – с третьего раза.	1	1
Скорость движений	Подпрыгивание. Одновременно отделяются от земли обе ноги, слегка согнутые в коленных суставах.	За 5 секунд прыгнул 3 раза. Из них один раз приземлился на носки.	1	1
Сила движений	Укладывание монет в картонную коробку.	Долго не мог сосредоточиться, но в конечном итоге с заданием справился.	1	1
Сопровождающие движения (синкинезии)	В течение 10 с указательными пальцами горизонтально вытянутых рук описать в воздухе круги одинакового для обеих рук размера	Долго не мог сосредоточиться. Первые две попытки оказались неудачными – ребёнок произвольно прижимал руки к груди. С третьей попытки справился.	1	1
Итоговый результат			5	5

Как видим, все моторные пробы по нормативам для четырёхлетних детей Сергеем были выполнены в полном объёме, несмотря на возникавшие в процессе диагностики затруднения.

При рассмотрении результатов относительно успешного выполнения моторных проб для 5-летних детей и абсолютно успешного выполнения моторных проб для 4-летних детей нельзя не обратить внимания на тот факт, что содержание предъявляемых заданий идентично тому набору, который предъявляется шестилетнему ребёнку. Разница – в объёме нагрузки.

Общий вывод по результатам выполнения моторных проб: у ребёнка нарушены статическая и динамическая координация, наблюдается снижение силы движения, раскоординированность при совершении сопровождающих движений. Отставание от возрастных нормативов моторного развития на 2 года 2 месяца.

Подводя итог всему вышеизложенному, мы можем сделать вывод о том, что у обследованного ребёнка с атипичным аутизмом имеются множественные признаки отставания в психомоторном развитии, которые проявляются в патологических изменениях строения отдельных частей тела, нарушениях коммуникации, дефицитности познавательных функций, эмоциональной ограниченности, нарушениях моторики.

Выводы по второй главе

Экспериментальное исследование особенностей психофизиологического развития ребёнка с РАС проводилось на базе клиники СКИРТ. Участником исследования стал мальчик по имени Сергей, 2012 года рождения (в декабре исполнится 7 лет), с атипичным аутизмом. Особенность этого случая заключается в том, что ребёнок родился с высокими показателями по шкале Апгар и на первом году жизни развивался в соответствии с возрастными нормативами. В возрасте 1 года 2 месяцев произошёл откат, в результате которого проявились тотальные нарушения в интеллектуальном, эмоциональном и социальном развитии ребёнка.

На первом этапе исследования осуществлялся сбор и анализ первичных данных, зафиксированных в медицинской карте и отчетной документации специалистов клиники СКИРТ. На втором этапе – исследование актуального состояния психофизиологического развития ребёнка.

С учётом теоретических положений о системном характере нарушений при РАС и руководствуясь принципом комплексного подхода к сопровождению ребёнка с расстройствами аутистического спектра мы провели комплексное обследование, включающее следующие направления: медицинское освидетельствование, психологическая диагностика, логопедическая диагностика, исследование особенностей физиологического развития.

У обследованного ребёнка с атипичным аутизмом имеются множественные признаки отставания в психомоторном развитии, которые проявляются в патологических изменениях строения отдельных частей тела, нарушениях коммуникации, дефицитарности познавательных функций, эмоциональной ограниченности, нарушениях моторики.

На протяжении 5 с половиной лет, которые прошли с дебюта заболевания, с ребёнком проводилась интенсивная коррекционная работа с использованием довольно широкого спектра дефектологических методов и

технологий. Специалистами клиники СКИРТ были достигнуты существенные положительные результаты. Вместе с тем, ребёнок продолжает нуждаться в коррекционно-развивающей работе, которую необходимо осуществлять совместными усилиями специалистов разных профилей.

Глава 3. Разработка программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития

3.1. Теоретико-методологическое обоснование программы сопровождения

В процессе изучения теоретических аспектов разработки программы сопровождения ребёнка с расстройством аутистического спектра с учётом его психофизиологического развития мы упоминали о том, что процесс разработки такого рода программ именуется педагогическим проектированием.

В этой связи необходимо, в первую очередь, операционализировать понятие проектирования в целом и педагогического проектирования, в частности.

Понятие проектирования изначально использовалось в области технических наук и рассматривалось как создание модели нового объекта перед его непосредственным изготовлением. Вхождение проектирования в сферу образования, как известно, связано с именем родоначальника дидактики – Я.А. Коменского, высказавшего идею о необходимости внесения исследовательского стимула в деятельность педагога с целью обеспечения эффективности обучения.

В первой трети XX века теория проектной деятельности нашла своё отражение в трудах таких известных ученых, таких как Дж. Дьюи, К. Поппер, Г. Саймон, В.Х. Килпатрик. В педагогической практике проект использовался, в основном, как средство воспитания и обучения подрастающего поколения.

По мере того, как в 70-е гг. XX столетия Н. В. Кузьминой в структуре педагогической деятельности был выделен проектировочный компонент, в психолого-педагогической теории и практике постепенно начало формироваться понятие проектного способа мышления.

Начиная со второй половины 1990-х гг., появляются новые трактовки проектирования, подчеркивающие его инновационный, полифункциональный, личностно ориентированный характер (В.П. Беспалько, Н.Г. Алексеев, Ю.В. Громько, В.А. Никитин, В.В. Рубцов, В.Е. Радионов).

Благодаря работам таких педагогов, как В.Ф. Взятыйшев, Е.С. Заир-Бек, Р.И. Ильин, А.А. Кирсанов, И.И. Ильясов, Ю.С. Тюнников, стало возможным создание и активное использование на практике технологий педагогического проектирования во всех сферах образовательной деятельности, независимо от целей проектирования и контингента обучающихся.

В настоящий момент проектирование рассматривается как самостоятельная целенаправленная полифункциональная деятельность, направленная на создание новых или изменение имеющихся педагогических условий функционирования и развития образовательных систем и их субъектов.

Результатом и системообразующей формой педагогического проектирования является проект – документально оформленная стратегия достижения поставленных целей в виде программы, в которой указаны направления деятельности и содержание.

Центральным звеном проекта являются действия, которые составляют самую сущность его реализации. Все процессы проекта взаимосвязаны и подкреплены управлением, планированием, проверкой и контролем.

План – это направленное управление проектируемым будущим, управление проектом. План должен быть достаточно гибким и предусматривать, при возникновении проблем в процессе реализации проекта, возможность изменения промежуточных результатов, не теряя при этом из вида конечной цели.

Проверка и контроль подразумевают соотнесение промежуточных (конечных) результатов с намеченными, корректировку на этой основе реализуемого плана. Контрольная деятельность руководителя проекта

должна базироваться на фактах, обеспечивая объективность оценочных действий.

Принято выделять три вида проектирования: социально-педагогическое, психолого-педагогическое, образовательное.

В центре социально-педагогического проектирования находятся образовательные системы и их компоненты. Данный вид проектирования направлен на преобразование социальной среды и решение социальных проблем педагогическими средствами. Результат социально-педагогического проектирования способствует повышению эффективности функционирования образовательных систем.

Объектом психолого-педагогического проектирования выступает инструментарий педагогической деятельности. Целью психолого-педагогического проектирования является преобразование личности субъекта образования, изменение межличностных отношений в рамках образовательных процессов, то есть совершенствование организационных форм педагогического процесса, а также модификация его составляющих.

Образовательное проектирование, объектом которого являются образовательные процессы, ориентировано на инновационные изменения, повышающие качество образования.

По степени обобщённости результата проектирования, оно может осуществляться на четырех уровнях:

- концептуальный - создание концепции или модели объекта (проект);
- содержательный – создание продукта с необходимыми свойствами (положение, программа, государственные стандарты);
- технологический – разработка способов действий в заданном контексте (должностные инструкции, организационные схемы управления, технологии, методики);
- процессуальный – получение продукта, готового к практическому применению (алгоритмы действий, методические рекомендации, конспекты занятий, сценарии мероприятий).

Педагогическое проектирование – процесс ступенчатый и поэтапный.

Принято выделять следующие этапы проектирования:

1. Подготовка к проектированию. На данном этапе происходит анализ сложившейся ситуации, признание необходимости проектирования, определение цели и задач, разработка общей концепции и плана проектирования.

2. Предпроектный анализ. Содержание этого этапа предполагает более глубокое исследование состояния объекта и возможностей его изменения, поиск путей решения проблемы.

3. Выработка проектных решений, разработка программы действий по их выполнению. Данный этап подразумевает критический анализ проектных решений, обсуждение и утверждение программы действий, документальное оформление.

4. Системные изменения. Включение выработанных решений в проект. Этот этап включает разработку механизмов преобразования объекта, моделирование предполагаемых изменений, устранение препятствий на пути внедрения проекта.

5. Маркетизация результатов проектирования. На заключительном этапе осуществляют обобщение и транслирование результатов исполнителям, разработка методических рекомендаций для исполнителей.

В качестве важнейшего теоретико-методологического основания для разработки программы сопровождения ребёнка с РАС выступает нормативно-правовое обеспечение образовательной деятельности.

Так, в Федеральном законе от 29.12.2012 г. «Об Образовании в Российской Федерации» впервые закреплено понятие «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья».

Статус «ребёнок с ОВЗ» устанавливается психолого-медико-педагогической комиссией и подтверждается соответствующим заключением.

Заключение комиссии носит для родителей (законных представителей) детей рекомендательный характер, а для образовательных организаций – обязательный. Заключение комиссии действительно для представления в образовательную организацию в течение календарного года с даты его подписания.

Представленное родителями (законными представителями) ребёнка заключение комиссии является основанием для создания дошкольной образовательной организацией рекомендованных в заключение условий для обучения и воспитания ребёнка и действует до перехода с уровня дошкольного образования на уровень начального общего образования.

Кроме того, представленное заключение является основанием для разработки образовательной организацией индивидуальной адаптированной образовательной программы.

При приёме в дошкольное образовательное учреждение, в случае если ребенок с расстройствами аутистического спектра имеет статус «ребёнок-инвалид», руководителю образовательной организации также следует ознакомиться с индивидуальной программой реабилитации и абилитации ребёнка-инвалида (ИПРА), в которой могут быть указаны специальные педагогические условия получения ребёнком образования.

Юридически оформив отношения между образовательной организацией и родителями (законными представителями) ребёнка с ОВЗ, заведующий дошкольным учреждением переходит непосредственно к руководству разработкой адаптированной программы.

При наличии в дошкольной организации групп общеразвивающей направленности, адаптированная программа встраивается в основную общеобразовательную программу дошкольного образования.

На основе анализа имеющихся в учреждении условий (кадровых, психолого-педагогических, материально-технических, финансовых) руководитель планирует деятельность по созданию необходимых условий.

Под психолого-педагогическими условиями понимается создание необходимых условий для диагностики и коррекции имеющихся нарушений в развитии детей и их социальной адаптации, тесное взаимодействие с родителями ребёнка при реализации программы и др.

Создание кадровых условий подразумевает обеспечение коррекционно-развивающего процесса специалистами психолого-педагогического сопровождения. Членами данного сопровождения в дошкольном образовательном учреждении, как правило, выступают воспитатели группы, в которую зачисляется ребенок с расстройствами аутистического спектра, дефектолог, логопед, психолог. При наличии специального образования психолог может осуществлять функционал дефектолога.

Если в штате образовательного учреждения отсутствуют соответствующие специалисты, они могут быть привлечены на основе договора межсетевого взаимодействия.

Все специалисты, сопровождающие ребенка с аутизмом должны быть компетентными в вопросах диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра, что, в свою очередь, подразумевает знание основных коррекционных подходов и особенностей их применения, владение навыками выбора ведущего подхода и его реализации. В связи с этим, руководителю образовательной организации следует обеспечить прохождение педагогами соответствующего обучения.

Материально-технические условия предполагают наличие специально оборудованных кабинетов для осуществления коррекционно-развивающей работы специалистов сопровождения.

Особое значение в комплексном сопровождении детей с ограниченными возможностями здоровья отводится деятельности психолого-медико-педагогического консилиума. ПМПК является одной из организационных форм взаимодействия специалистов образовательной организации, создаваемая с целью объединения усилий в оказании психолого-педагогической помощи.

Основное внимание при разработке адаптированной программы уделяется проектированию коррекционной работы. В соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом дошкольного образования коррекционная работа должна быть направлена на обеспечение коррекции нарушений развития детей с расстройствами аутистического спектра, их разностороннее развитие с учетом возрастных и индивидуальных особенностей развития и особых образовательных потребностей, освоение ими программы, а также их социальной адаптации.

Содержание коррекционной работы включает в себя создание специальных условий для получения образования детьми с расстройствами аутистического спектра, в том числе механизмы адаптации основной программы для данной категории детей, использование специальных подходов, методов и приёмов коррекционной работы, организацию и проведение коррекционных занятий, как индивидуальных, так и групповых.

В процессе исследования особенностей психофизиологического ребёнка с РАС мы обнаружили существенные нарушения в развитии двигательной сферы, и, как отмечалось в теоретической части исследования, значительным коррекционно-развивающим потенциалом в направлении устранения моторного недоразвития выступает адаптивная физическая культура. В этой связи целесообразно остановиться на ключевых теоретико-методологических аспектах применения адаптивной физической культуры в процессе сопровождения ребёнка с РАС.

Под адаптивной физической культурой понимается система специально-организованных физкультурно-спортивных занятий, направленных на коррекцию и развитие двигательной сферы.

Учитывая специфику детского возраста и тот факт, что трудности аутичного ребёнка во многом обусловлены дефицитом или неправильным распределением психофизического тонуса, можно утверждать, что детям с РАС необходимы и специальные занятия по коррекции и развитию двигательной сферы, и включение эпизодов таких занятий в игру. Для этого

можно использовать различное игровое и спортивное оборудование, игровые предметы и спортивный инвентарь (тренажёрные устройства, спортивные комплексы, горки, батуты, мячи разных размеров, гимнастические палки, балансиры и др.).

Специалисты, имеющие опыт проведения занятий адаптивной физкультурой с аутичными утверждают, что на первых занятиях, а также при выполнении нового упражнения или двигательного задания необходимо широко использовать метод пассивных движений, постоянную помощь и стимулирование. На стадии формирования у аутичных детей стереотипа двигательной деятельности не нужно пытаться её разнообразить. Внимание ребёнка на новой деятельности, как правило, удерживается недолго. Если ребёнку понравилось какое-то двигательное задание, то его можно чередовать с другими заданиями, а на последующих занятиях нужно начинать опять с этого же задания, мотивируя тем самым ребёнка к деятельности и поддерживая интерес к занятиям. Разнообразить деятельность можно за счёт внесения в задание новых элементов, немного их усложняя.

Во время физкультурных занятий следует формировать «учебное поведение». Например, на занятии ребёнок может лежать, сидеть или стоять на коврикe, или сидеть на гимнастической скамейке или другом оборудовании, что помогает ему лучше концентрировать внимание на задании.

Привлекательность адаптивной физкультуры как средства коррекции физиологических особенностей детей с РАС заключается в относительной простоте методики проведения занятий и выполнения отдельно взятых упражнений. Способ предъявления задания не сложен: ребёнок сидит или стоит на коврикe лицом ко взрослому; используя инструкцию «Посмотри на меня», взрослый выполняет определённое движение и называет его (например, «Руки кверху»); попытки ребёнка повторить это движение поощряются. Если же ребёнок не концентрирует внимание на движении,

показанном взрослым, и даже не делает попыток его повторить, взрослый оказывает физическую помощь в его выполнении. Затем инструкция повторяется, и взрослый помогает ребёнку имитировать правильное движение, если ребёнок не выполняет его самостоятельно.

Постепенно объёмы и частота помощи со стороны взрослого уменьшаются, с тем, чтобы ребёнок приучался самостоятельно выполнять упражнение.

По мере усвоения ребёнком учебного стереотипа и овладения им навыками имитации, упражнения начинают усложняться – увеличивается число повторений, повышается уровень интенсивности. Затем начинает варьироваться последовательность выполнения упражнений в течение одного занятия.

Принципиально важным моментом, на который следует обратить особое внимание, является необходимость развития способности к произвольной организации движений собственного тела, которая, по сути, является фундаментом для формирования двигательной сферы. Для этого необходимо учить детей выполнять действия, требующие ориентировки в пространстве тела, поскольку «схема тела» является базовой и наиболее естественной, онтогенетически более ранней и закреплённой всем опытом человека системой ориентации.

Адаптивная физкультура содержит множество приёмов обучения восприятию и воспроизведению движений, начиная с элементарных вещей. Оптимальная последовательность обучения восприятию и воспроизведению движений такова: сначала ребёнка обучают выполнять движение головой, затем – выполнять движения кистями рук, после этого – выполнять положения, перемещения и движения рук; после обучения управлению руками учат выполнять положения, перемещения и движения ног: на завершающем этапе обучают выполнять положения и движения туловища.

В конечном итоге не только устраняются первичные физиологические дефекты в моторной сфере, но и достигается сложный

психофизиологический эффект улучшения пространственной ориентации, что оказывает положительное влияние и на общее психическое развитие, и на двигательную координацию, и на социальную адаптацию в окружающей среде.

На основании вышеизложенного и результатов проведённого исследования мы спроектировали содержание программы сопровождения ребёнка старшего дошкольного возраста с РАС с учётом выявленных параметров его психофизиологического развития.

3.2. Содержание программы сопровождения

Содержание программы состоит из четырёх блоков:

- 1) Медико-фармакологическая поддержка;
- 2) Развитие психических функций;
- 3) Развитие речи;
- 4) Развитие моторики.

Медико-фармакологическая поддержка будет осуществляться путём реализации тех мероприятий, которые рекомендованы неврологом.

В их перечень входят:

- нейроэнергокартирование (НЭК)
- контроль иммунологического статуса (консультации иммунолога)
- консультации окулиста – исследование состояния глазного дна в динамике (Ольшанская А.С. «Университетская клиника» ул. Карла-Маркса 124, т.221-53-56);
- консультации эндокринолога (Воеводская К.А. КДБ т.222-02-62, внутренний 310) с прохождением диагностических исследований гормонального статуса в динамике (ТТГ, Т4 свободный, АТ к ТПО, УЗИ щитовидной железы);
- занятия с дефектологом (Алимбаева М.А. , клиника СКИРТ)

- соблюдение диеты – в рационе увеличить количество продуктов, содержащих железо (печень, говядина, зеленое яблоко, бобовые и т.д.)
- комплексный курс по телесно ориентированной нейропсихологической реабилитации «Вегетативный блок» (Лавицкая М.А., Елецкая Д.А., Моисеева М.П., клиника СКИРТ);
- ежедневные самостоятельные занятия с телом: массаж по 15-20 минут в день (минимум, 6 месяцев);
- занятия со стопами: ложбинка, ахиллов, вращение минут по 5-10 в день (минимум, 3 месяца)
- пальчиковая гимнастика ежедневно;
- массаж общий №10 (уделить внимание шейно-затылочной зонам и стопам);
- консультация психолога-игротерапевта, сенсомоторные индивидуальные занятия (Скрипникова И.П., клиника СКИРТ)
- ограничить просмотр TV, планшета, компьютера, телефона (минимум, на 6 месяцев)
- медикаментозная терапия на 1 календарный год:
 - 1 этап – параллельно с курсом телесной терапии:
 - * масляный раствор Вигантол по 4 капли с 18:00 до 21:00 во время еды, ежедневно, длительно, при возбуждении принимать утром;
 - * Омега-3 (Nordic Naturals Baby,s ДНА), 500мг (EPA+DHA) по 1 капсуле с 18:00 до 21:00 во время еды, приём – 3 месяца, перерыв – 1 месяц;
 - * таблетки Нейробион (Комбилепен) по 1/4 таблетки* 1 раз в день после еды - 4дня, затем по 1/4 таблетки *2 раза после еды (утром, вечером до 18:00) ежедневно - 1 месяц;
 - * через 1 неделю после начала Нейробиона таблетки Рибоксин принимать по 1/8 таблетки * 1 раз за 15 минут до завтрака – длительно;
 - * через 2-3 недели после начала Нейробиона таблетки Мексидол (125 мг) по 1/4 таблетки 1 раз в день – 2 дня, по 1/4 таблетки 2 раза в день – 2 дня, по 1/2 таблетки 2 раза в день – 1.5 месяца.

* при появлении головной боли (ВЧД) Брусничный лист – заварить, по 1 чайной ложке 3 раза в день (не перед сном) + кинезиотейпирование.

- Перерыв 1-1,5 месяца, повторить НЭК.

В ходе исследования психологом установлены несформированность академических предпосылок к обучению, возможности коммуникации – с использованием альтернативной системы PECS, задержка всех сфер психического развития, изолированная самостоятельная деятельность без включения и проявления интереса к окружающим, необходимость проведения специальных коррекционных занятий с применением организующей поэтапной помощи в формате интенсивного индивидуального обучения.

В виду того, что основу формирования академических предпосылок к обучению и развития психических функций составляет коммуникация, психологическую коррекцию со стороны педагога-психолога следует направить, в первую очередь, на развитие социальных навыков ребёнка.

Работу следует начинать с включения ребёнка в группу сверстников, в которой, через игровую деятельность, будут демонстрироваться нормативные варианты развития психических функций и коммуникативных умений.

Коррекционную работу следует осуществлять в двух режимах: щадящем и активирующем.

С учётом выявленных у ребёнка признаков нарушения контактности, первоочередная задача – отработка реакций оживления и слежения, формирование нарушенного при первичном проявлении отката зрительно-моторного комплекса. После того как реакции будут восстановлены до состояния навыка, можно переходить к манипулированию с предметами в целях развития утраченных навыков тактильного, зрительно-тактильного, мышечного восприятия.

Неконтактность ребёнка требует щадящей сенсорной атмосферы. Это означает, что занятия следует проводить в специально отведённом и

оборудованном помещении, исключая воздействие множества раздражителей (аудиальных, визуальных, кинестетических). Возможно спокойное, тихое музыкальное сопровождение.

Эмоциональность занятий так же должна быть невысокой, что достигается в том случае, если психолог говорит негромко (при повышенной возбужденности ребёнка – шёпотом), не смотрит ребёнку прямо в глаза, не совершает резких движений, избегает прямых вопросов.

Установление контакта с аутичным ребенком происходит в том случае, когда он преодолевает страх, что требует от педагога-психолога исключения из своего поведения любых признаков директивности и поощрения даже минимальной активности, проявляемой ребёнком.

По достижении положительного результата (когда ребёнок начинает идти на контакт) можно переходить в активирующий режим.

Усиление психологической активности ребёнка с РАС требует исключительно высокого уровня развития у психолога эмпатии. Умение постоянно чувствовать состояние ребёнка, его настроение необходимо для перехода от предметной игры манипулятивного характера к сюжетно-ролевой игре. Освоение ролей осуществляется посредством репетирования поведенческих ритуалов, из категории базовых навыков коммуникации.

Важнейшей стороной работы на активирующем этапе остаётся побуждение к деятельности, многократное повторение игр, формирование игровых штампов, с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса, постепенно вводя от более простой более сложной формы игр и самой моторной деятельности, а также конкретно, последовательно, многократно излагать порядок всех игровых действий.

После освоения базовых коммуникативных навыков можно переходить к организации целенаправленного социального поведения аутичного ребёнка. Осуществляемая ребёнком деятельность постепенно усложняется – от индивидуальных занятий переходят к смешанному индивидуально-

групповому режиму, к выполнению отдельных заданий в парах и группах по 3 человека, а затем – к совместным сложным играм.

Эффективность психокоррекционного процесса даёт основу для эффективной адаптации ребенка к миру. Благодаря этим занятиям происходит настройка ребенка к активному контакту с окружающим миром. Таким образом, ребенок будет чувствовать безопасность и эмоциональный комфорт, а значит, будет происходить коррекция поведения.

В работе с ребёнком следует придерживаться принципа создания максимально комфортных условий. Речь, в частности, идёт о склонности аутичного ребёнка следовать определённым ритуалам. Обычно это не функциональные ритуалы, однако в психологической коррекции им можно придать свойство функциональности.

Так, например, можно разработать постепенно усложняющийся ритуал приветствия: педагог-психолог тихим голосом произносит всегда одну и ту же фразу («Здравствуй, дорогой Серёженька» и т.п.), ребёнок вначале просто кивает головой, затем начинает прибавлять к своему ответу слово («Здравствуйте» или другое); после привыкания к этому ритуалу, можно внести небольшие изменения – продемонстрировать приветственно раскрытую ладонь, далее – соприкоснуться ладонями. При работе в группе можно использовать приём передачи друг другу клубка ниток или мяча.

Как известно, социальная ориентировка ребёнка с РАС значительно усложняется из-за нарушенного восприятия пространственных отношений.

В этой связи содержание психокоррекционной работы должно быть направлено на формирование у ребёнка пространственных представлений.

Для этих целей мы сочли целесообразным предложить упражнения на закрепление представлений о собственном теле и двигательной активности в реальном пространстве.

Примеры таких упражнений:

- Упражнение «На зарядку становись». Ребёнку называется последовательность движений, которые он должен совершать. Например,

«Выстави правую ногу вперед, теперь подними левую руку вверх». На начальном этапе используется упрощённая инструкция «Нога – вперёд. Рука вверх». Затем добавляется указание на конкретную ногу/руку – «Правая нога – вперёд. Левая рука – вверх». И только тогда, когда ребёнок будет способен воспринимать такие инструкции и выполнять их, можно начинать произносить полнотекстовую инструкцию». Выполнение упражнения всегда сопровождается показом с плавными движениями, а инструкция произносится тихим ровным голосом (можно не просто произносить инструкцию, а пропевать её).

- Упражнение «Солдат на плацу». Ребёнку называется последовательность движений, которые он должен совершать, передвигаясь по комнате в заданном направлении. Например, «Сделай один шаг вперед с правой ноги, два шага назад с левой ноги». Последовательность освоения алгоритма выполнения упражнения и условия – те же, что и в предыдущем упражнении.

- Упражнение «Прятки». Ребенку предлагается отыскать предмет по словесной инструкции, ориентируясь на расположение предметов относительно друг друга. Например, «Найди, что стоит перед стулом, что лежит за большим кубиком». Последовательность освоения алгоритма выполнения упражнения и условия – те же, что и в предыдущих упражнениях.

Более сложным для восприятия является ориентация в схематическом пространстве, например в пространстве листа, и квазипространстве, к которому относятся цифровые и буквенные знаки и символы, представления о времени и понимание логико-грамматических конструкций.

Поэтому необходимо использовать в работе упражнения, которые будут способствовать коррекции нарушений квазипространственных представлений, которые препятствуют пониманию логико-грамматических структур языка.

Для работы с ребёнком можно использовать устные упражнения типа «Угадай-ки»: ребенок должен ответить на вопросы, например, о временах года: «Лето бывает перед весной? Осень сразу после зимы?».

Целесообразно регулярно включать в работу выполнение заданий следующего типа:

- «Графический диктант»: ребёнку выдаётся лист бумаги в клетку и карандаш, выбирается исходная точка, затем педагог-психолог диктует инструкцию, по которой ребёнок должен прорисовывать линии, не отрываясь: две клетки вправо, три клетки вверх, одна клетка вправо, четыре клетки вниз и т.д.

- «Весёлая геометрия»: ребёнку предлагается чистый лист бумаги и карандаш. Педагог-психолог начинает давать инструкции: нарисуй в центре листа большой квадрат, сразу над квадратом нарисуй большой треугольник, в середине большого квадрата нарисуй маленький квадрат и т.д. В конечном итоге, следуя инструкции взрослого, ребёнок рисует домик.

Аналогичным образом можно рисовать и другие знакомые ребёнку объекты (снеговика, цветы, пирамидку и т.д.) или просто заполнять лист бумаги разными фигурами.

Алгоритм работы над освоением перечисленных упражнений – такой же, как для упражнений, описанных выше (от простейшего варианта – к более сложным, сначала с помощью при совершении каждого действия, затем – с постепенно увеличивающейся самостоятельностью).

Результаты исследования, проведённого логопедом, показали наличие множественных нарушений в речевом развитии.

Коррекция любых речевых нарушений становится возможной только при условии устранения нарушений в работе артикуляционного аппарата. В нашем случае речь идёт о меняющемся тоне.

Меняющийся тонус приводит к «смазанности» речи, искажениям произносительной стороны. Как следствие, нарушается и семантика. Например, вместо предлога «над» получается предлог «на», вместо «из-за» -

«за» и т.д. Очевидно, что смысл предложно-падежной конструкции меняется и высказывание получается ошибочным.

В этой связи коррекционная работа, направленная на нормализацию мышечного тонуса, не только представляется целесообразной, но и становится основополагающей предпосылкой к коррекции всех иных нарушений в речи ребёнка с РАС.

Работа с нарушениями мышечного тонуса, дистониями и синкинезиями включает в себя различного рода растяжки, релаксацию, глазодвигательные упражнения и расширение сенсомоторного репертуара речевого аппарата.

В программу включены упражнения на основе тех практик, которые предлагаются А.В. Семенович.

Упражнение «Ракета». Лежа на спине, оттянуть на себя ступни ног и ладони вытянутых вдоль тела рук. Удерживать до пяти. Расслабиться.

При этом ребёнку сообщается, что он – ракета, в полёте ему необходимо напрячься, а при приземлении – расслабиться.

Усложнённый вариант упражнения – полёт и приземление сопровождаются работой мышц артикуляционного аппарата: полёт – широко открыть рот и высунуть язык, приземление – убрать язык и закрыть рот.

Упражнение «Удав». Лёжа на спине, руки вверху за головой, растягивание прямых рук и ног в противоположные стороны. Расслабление.

Упражнение «Перевернутая черепаха». Лежа на спине, совершать поочерёдные перекрёстные движения руками и ногами: правый локоть согнутой руки касается согнутого колена левой ноги и наоборот. Черепаха пытается перевернуться.

К подобным упражнениям необходимо подключать классические упражнения на тренировку диафрагмального дыхания, например, надувать живот на вдохе, сдувать на выдохе в положении лежа, сидя, стоя, ритмизированное дыхание, когда вдох и выдох производятся под счёт.

Для устранения синкинезий используются автономные и сочетанные движения языка и глаз, то есть предварительно отработанные (по четырем

основным, диагональным направлениям, от себя, к себе) глазодвигательные упражнения сочетаются с артикуляционными. Таким образом, фиксируется язык, а нагрузка переходит на другой орган – глаза. Возможно подключение рук.

Упражнение «Змея спит». Язык в ротовой полости, глаза закрыты, руки согнуты, кулаки сжаты. При команде «змея проснулась» вытаращить глаза, максимально широко открыть рот и вытащить длинный язык, вытянуть руки вперед и разжать кулаки, пальцы напряжены.

Упражнение «Часики». К движению языка вправо влево подключаются однонаправленные движения глаз. Затем язык и глаза двигаются в разных направлениях. Возможно подключить согнутые в локтях руки с вытянутыми вверх указательными пальцами.

Упражнение «Качели». То же, только направление движений происходит вверх-вниз.

Артикуляционная гимнастика в коррекционной работе должна быть регулярной, поэтому целесообразно обогащать перечень уже знакомых ребёнку упражнений новыми.

Это могут быть упражнения из программы сенсорно-интегративной артикуляционной гимнастики, разработанной М.И. Лынской.

Из этой серии были отобраны следующие упражнения:

- Упражнение «Лопата». Традиционный вариант логопедического упражнения выполняется с удержанием на языке плоских ломтиков апельсина, лимона, яблока и т.д. Вследствие этого происходит усиление кинестетических ощущений.

- Упражнение «Самосвал». Сплевывание с кончика языка различных специй: бутоны гвоздики, горошины душистого перца и т.д. Упражнение направлено на развитие силы и подвижности кончика языка.

Выполнение артикуляционных упражнений следует сопровождать счётом, задавая, удерживая и корректируя ритм деятельности.

Моторное развитие предлагается осуществлять средствами адаптивной физической культуры, в которой выполнение физических упражнений на развитие двигательных навыков и координации сочетается с игрой.

Основным взаимодействием в коррекционной работе с ребёнком-аутистом являются стереотипные игры. У каждого ребёнка с РАС существует свой набор любимых стереотипных игр. Он может играть в них по несколько часов, месяцев или лет, совершая действия, понятные только ему. Поэтому вовлекать ребёнка в адаптивную физкультуру можно и нужно путём создания стереотипных игр.

Условия успешного проектирования и проведения стереотипных игр для ребёнка с РАС таковы:

- Наиболее существенным достоинством является расслабляющий эффект, в это время ребенок чувствует себя «в своей тарелке».

- Если произошла негативная эмоциональная вспышка, необходимо вовлечь ребенка в любую стереотипную игру. Чтобы ребенок доверял взрослому во время коррекционных занятий, он должен понимать, что в любой момент может вернуться в свою стереотипную игру и почувствовать себя комфортно.

- Очень медленно со временем можно добавлять новые сюжеты в старую стереотипную игру при условии, что ребенок уже принял взрослого и допускает его в свою особенную деятельность.

В процессе коррекционной работы следует практиковать сенсорные игры. Часто одна из сенсорных игр может так понравиться ребенку, что на какое-то время превратится в любую стереотипную игру, так как будет приносить ему приятные успокаивающие ощущения. Такие действия он будет многократно повторять сам и стремиться к участию в таких занятиях.

Хорошим методом является предложение сенсорной игры сходной со стереотипной. Если же получаемые от процесса эмоции отличаются от привычных стереотипных действий, вскоре можно столкнуться с её неприятием.

Сенсорные игры позволяют ребёнку получать положительные эмоции от разных сенсорных источников, которые обычно не принимаются ребёнком вплоть до полного отторжения.

Зрительные включают игровые действия по изучению восприятия цвета, например, если один цвет перетекает в другой или цвета плавно смешиваются.

Слуховые включают в себя разные звуки из повседневной жизни. Такие игры помогут почувствовать разные звуки позднее в обычной жизни (журчание воды, шелест травы, звуки музыки или пение птиц).

Тактильные основаны на прикосновениях к различным поверхностям. Ребенок должен почувствовать разницу между разными текстурами поверхностей: различать гладкое и шершавое покрытие, мягкие и твердые или острые и хрупкие предметы, понимать величину предмета, его форму, температуру или влажность. Этот аспект является одним из самых важных для повседневной жизни.

Двигательные помогают улучшать свои основные физические качества, легче ориентироваться в своих движениях, менять свой ритм шагов или танцевать.

Занятия адаптивной физкультурой следует проводить 3 раза в неделю. Упражнения и игры для проведения занятий подбираются с учётом психофизических возможностей ребёнка и с целью максимального их развития.

В нашем случае требуется использовать упражнения ОФП для укрепления мышечного корсета и развития основных физических качеств:

- гибкости;
- быстроты;
- координационных способностей;
- выносливости;
- силы.

Построение занятий может осуществляться по классической схеме, включающей три части: подготовительную, основную и заключительную. Занятия ОФП занимают 10 минут в подготовительной части, в основную часть включаются подвижные игры (продолжительность – не более 15 минут), заключительная часть – упражнения на релаксацию (10 минут).

Подвижные игры в сочетании с упражнениями ОФП дают определённую нагрузку на мышцы. При этом упражнения ОФП направляются на развитие определённого двигательного качества в разные дни. Занятия проводятся с выполнением упражнений в группе, парных и индивидуальных с различным оборудованием (мячи, кегли, гантели, резинки и т.д.).

Содержание предлагаемой программы рассчитано на один календарный год. По завершении реализации программы необходима контрольная диагностика по всем параметрам развития и анализ результатов в динамике, что позволит разработать траекторию коррекционно-развивающей работы на следующий год.

Выводы по третьей главе

Теоретико-методологическое обоснование программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития базируется на представлении о системном характере нарушений при РАС, теории педагогического проектирования и научных данных о том, что значительным коррекционно-развивающим потенциалом в направлении устранения моторного недоразвития выступает адаптивная физическая культура.

Содержание предложенной программы состоит из четырёх блоков: медико-фармакологическая поддержка; развитие психических функций; развитие речи и развитие моторики.

Медико-фармакологическая поддержка будет осуществляться путём реализации тех мероприятий, которые рекомендованы неврологом: нейроэнергокартирование, консультации иммунолога, окулиста, эндокринолога, занятия с дефектологом, соблюдение диеты, комплексный курс по телесно ориентированной нейропсихологической реабилитации, общий массаж, пальчиковая гимнастика, консультации психолога-игротерапевта, сенсомоторные индивидуальные занятия, медикаментозная терапия и ограничения в использовании телевидения, мобильного телефона, компьютера.

В виду того, что основу формирования академических предпосылок к обучению и развития психических функций составляет коммуникация, психологическую коррекцию со стороны педагога-психолога предложено направить на развитие социальных навыков ребёнка. Коррекционную работу рекомендуется осуществлять в двух режимах: щадящем и активирующем.

С учётом того, что социальная ориентировка ребёнка с РАС значительно усложняется из-за нарушенного восприятия пространственных отношений, рекомендовано также в содержание психокоррекционной работы включить упражнения на закрепление представлений о собственном теле и двигательной активности в реальном пространстве, и упражнения, которые

будут способствовать коррекции нарушений квазипространственных представлений, которые препятствуют пониманию логико-грамматических структур языка.

Коррекцию речевых нарушений рекомендовано начать с устранения нарушений в работе артикуляционного аппарата (меняющегося тонуса), так как эти нарушения приводят к «смазанности» речи, искажениям произносительной стороны и, в конечном итоге, семантики. Выполнение артикуляционных упражнений следует сопровождать счётом, задавая, удерживая и корректируя ритм деятельности.

Моторное развитие предлагается осуществлять средствами адаптивной физической культуры, в которой выполнение физических упражнений на развитие двигательных навыков и координации сочетается с игрой. Основным взаимодействием в коррекционной работе с ребёнком-аутистом являются стереотипные игры. Кроме того, рекомендованы сенсорные игры, позволяющие ребёнку получать положительные эмоции от разных сенсорных источников, которые обычно не принимаются ребёнком вплоть до полного отторжения. Для укрепления мышечного корсета и развития основных физических качеств рекомендуется регулярно включать в занятия адаптивной физкультурой упражнения ОФП и подвижные игры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью настоящего исследования являлись теоретико-методологическое обоснование и разработка программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития.

В качестве рабочей гипотезы было выдвинуто предположение о том, что системный характер нарушений при РАС обуславливает четырёхкомпонентную структуру программы индивидуального сопровождения: медико-фармакологическая поддержка, развитие психических функций, развитие речи, развитие моторики.

Анализ литературных источников по теме исследования показал, что дошкольный возраст можно по праву назвать периодом интенсивного физиологического развития ребёнка, сопровождающегося активным ростом, созреванием органов и их систем, совершенствованием множества различных психофизиологических функций.

Теоретический анализ научных источников позволяет утверждать, что расстройства аутистического спектра представляют собой системные нарушения, проявляющиеся, прежде всего, в расстройствах коммуникации и социализации, трудностях в формировании вербальных и невербальных коммуникативных средств, аномалиях в развитии воображения. В подавляющем большинстве случаев расстройство аутистического спектра сопряжено с нарушениями в интеллектуальном развитии. Непременными атрибутами РАС являются отклонения в сенсорном развитии и нарушения в двигательной сфере. Специфика последних заключается в том, что внешне они не всегда проявляются со всей очевидностью, что затрудняет их своевременную диагностику и коррекцию.

К числу основных психолого-педагогических особенностей детей с расстройствами аутистического спектра, которые необходимо учитывать при разработке программ их обучения воспитания и социализации, следует отнести неконтактность таких детей, их незаинтересованность в освоении

окружающего мира, несформированность потребности в общении, нарушения в установлении эмоциональных связей, сенсорная гиперчувствительность, специфичность интеллектуальных функций и нарушения моторики.

Изучив теоретические аспекты проблемы разработки программы сопровождения ребёнка с ОВЗ, мы выяснили, что это – особый вид деятельности, именуемый педагогическим проектированием. К процессуальной и результативной сторонам педагогического проектирования предъявляется большое количество требований. В качестве основных требований можно выделить комплексный подход к проектированию программы и учёт специфики дефекта. В нашем случае специфичность дефекта заключается в его системности, что требует учёта всех, без исключения, параметров психофизиологического развития ребёнка с РАС.

Экспериментальное исследование особенностей психофизиологического развития ребёнка с РАС проводилось на базе клиники СКИРТ. Участником исследования стал мальчик по имени Сергей, 2012 года рождения (в декабре исполнится 7 лет), с атипичным аутизмом. Особенность этого случая заключается в том, что ребёнок родился с высокими показателями по шкале Апгар и на первом году жизни развивался в соответствии с возрастными нормативами. В возрасте 1 года 2 месяцев произошёл откат, в результате которого проявились тотальные нарушения в интеллектуальном, эмоциональном и социальном развитии ребёнка.

На первом этапе исследования осуществлялся сбор и анализ первичных данных, зафиксированных в медицинской карте и отчетной документации специалистов клиники СКИРТ. На втором этапе – исследование актуального состояния психофизиологического развития ребёнка.

С учётом теоретических положений о системном характере нарушений при РАС и руководствуясь принципом комплексного подхода к сопровождению ребёнка с расстройствами аутистического спектра мы провели комплексное обследование, включающее следующие направления:

медицинское освидетельствование, психологическая диагностика, логопедическая диагностика, исследование особенностей физиологического развития.

У обследованного ребёнка с атипичным аутизмом имеются множественные признаки отставания в психомоторном развитии, которые проявляются в патологических изменениях строения отдельных частей тела, нарушениях коммуникации, дефицитарности познавательных функций, эмоциональной ограниченности, нарушениях моторики.

На протяжении 5 с половиной лет, которые прошли с дебюта заболевания, с ребёнком проводилась интенсивная коррекционная работа с использованием довольно широкого спектра дефектологических методов и технологий. Специалистами клиники СКИРТ были достигнуты существенные положительные результаты. Вместе с тем, ребёнок продолжает нуждаться в коррекционно-развивающей работе, которую необходимо осуществлять совместными усилиями специалистов разных профилей.

Теоретико-методологическое обоснование программы сопровождения ребёнка с РАС с учётом его психофизиологического развития базируется на представлении о системном характере нарушений при РАС, теории педагогического проектирования и научных данных о том, что значительным коррекционно-развивающим потенциалом в направлении устранения моторного недоразвития выступает адаптивная физическая культура.

Содержание предложенной программы состоит из четырёх блоков: медико-фармакологическая поддержка; развитие психических функций; развитие речи и развитие моторики.

Медико-фармакологическая поддержка будет осуществляться путём реализации тех мероприятий, которые рекомендованы неврологом: нейроэнергокартирование, консультации иммунолога, окулиста, эндокринолога, занятия с дефектологом, соблюдение диеты, комплексный курс по телесно ориентированной нейропсихологической реабилитации,

общий массаж, пальчиковая гимнастика, консультации психолога-игротерапевта, сенсомоторные индивидуальные занятия, медикаментозная терапия и ограничения в использовании телевидения, мобильного телефона, компьютера.

В виду того, что основу формирования академических предпосылок к обучению и развития психических функций составляет коммуникация, психологическую коррекцию со стороны педагога-психолога предложено направить на развитие социальных навыков ребёнка. Коррекционную работу рекомендуется осуществлять в двух режимах: щадящем и активирующем.

С учётом того, что социальная ориентировка ребёнка с РАС значительно усложняется из-за нарушенного восприятия пространственных отношений, рекомендовано также в содержание психокоррекционной работы включить упражнения на закрепление представлений о собственном теле и двигательной активности в реальном пространстве, и упражнения, которые будут способствовать коррекции нарушений квазипространственных представлений, которые препятствуют пониманию логико-грамматических структур языка.

Коррекцию речевых нарушений рекомендовано начать с устранения нарушений в работе артикуляционного аппарата (меняющегося тонуса), так как эти нарушения приводят к «смазанности» речи, искажениям произносительной стороны и, в конечном итоге, семантики. Выполнение артикуляционных упражнений следует сопровождать счётом, задавая, удерживая и корректируя ритм деятельности.

Моторное развитие предлагается осуществлять средствами адаптивной физической культуры, в которой выполнение физических упражнений на развитие двигательных навыков и координации сочетается с игрой. Основным взаимодействием в коррекционной работе с ребёнком-аутистом являются стереотипные игры. Кроме того, рекомендованы сенсорные игры, позволяющие ребёнку получать положительные эмоции от разных сенсорных источников, которые обычно не принимаются ребёнком вплоть до полного

отторжения. Для укрепления мышечного корсета и развития основных физических качеств рекомендуется регулярно включать в занятия адаптивной физкультурой упражнения ОФП и подвижные игры.

Содержание предлагаемой программы рассчитано на один календарный год. По завершении реализации программы необходима контрольная диагностика по всем параметрам развития и анализ результатов в динамике, что позволит разработать траекторию коррекционно-развивающей работы на следующий год.

На основании вышеизложенного, мы можем сделать вывод о том, что выдвинутая нами гипотеза подтвердилась, все поставленные задачи выполнены, цель работы достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аутичный ребенок: пути помощи / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/2/0081/2_0081-1.shtml.
2. Баенская Е.Р. Основное направление и содержание ранней коррекционной помощи детям с аутизмом / Е.Р. Баенская // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. – М., 2014. – С. 21-22.
3. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития детей с аутизмом: дис. ... канд. психол. Наук / Е.Р. Баенская. – М., 2000.
4. Базылевич Т.Ф. Дифференциальная психофизиология и психология: Ключевые идеи: Монография / Т.Ф. Базылевич. - М.: НИЦ ИНФРА-М, 2013
5. Башина В.М. Аутизм в детстве / В.М. Башина. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://docviewer.yandex.ru/view/53979261/>
6. Башина В.М. Аффективные расстройства (синдромы) в клинике шизофрении у детей / В.М. Башина // Журн. невропатол. и психиатр. – 1981. – Т. 81. – Вып. 10. – С. 1514-1518.
7. Башина В.М. К особенностям некоторых форм аномального поведения у детей в круге шизофренических дизонтогений / В.М. Башина, Н.В. Симашкова // В кн.: Нарушения поведения у детей и подростков: Тр. Московского НИИ психиатрии и Ленинградского НИ неврологического ин-та им. Бехтерева. – М., 1981 – С. 89-93.
8. Башина В.М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера / В.М. Башина // Журн. невропатол. и психиатр. – 1974. – Т. 74. – Вып. 10. – С. 1538-1542.
9. Башина В.М. Особенности ранней детской шизофрении, протекающей с астенодинамическими, динамическими и аффективно-кататоническими приступами / В.М. Башина, Н.В. Симашкова // Журн. невропатол. и психиатр. – 1989. – Т. 89. – Вып. 1. – С. 73-79.

- 10.Башина В.М. Ранний детский аутизм / В.М. Башина // Исцеление: Альманах. – М., 1993. – С. 154-165.
- 11.Башина В.М. Ранняя детская шизофрения / В.М. Башина. – М., 1980.
- 12.Башина В.М. Синдром аутизма у детей / В.М. Башина, Г.Н. Пивоварова // Журн. невропатол. и психиатр. – 1970. – Т. 70. – Вып. 6. – С. 941-943.
- 13.Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я / Б. Беттельхейм. – М.: Фонд «Мир»; Академический проект, 2013.
- 14.Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика / О. Богдашина. – Донецк: Лебедь, 1999. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://sdo.mgaps.ru/books/K3/M7/file/3.pdf>.
- 15.Бушмелев М.Е. Педагогические технологии обучения учащихся с расстройством аутистического спектра в начальной школе в условиях структурного подразделения общеобразовательной школы / М.Е. Бушмелев // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. – М., 2014. – С. 34-35.
- 16.Варанкова Л.В. Клинико-динамическая характеристика и реабилитация больных, страдающих ранним детским аутизмом (по материалам Томской области): дисс. ... канд. мед. Наук / Л.В. Варанкова. – Томск, 2004.
- 17.Волкмар Ф.Р. Аутизм: Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей. Кн. 1/ Ф.Р. Волкмар, Л.А. Вайзнер; пер. с англ. Б. Зуева, А. Чечиной, И. Дергачевой и др. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014.
- 18.Волкмар Ф.Р. Аутизм: Практическое руководство для родителей, членов семьи и учителей. Кн. 2 / Ф.Р. Волкмар, Л.А. Вайзнер; пер. с англ. Б. Зуева, А. Чечиной, И. Дергачевой и др. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014.
- 19.Выготский Л.С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский. – М.: Просвещение, 1986.
- 20.Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 2: Проблемы общей психологии / Л.С. Выготский; Под. ред. В.В. Давыдова. – М.: Педагогика, 1982.

- 21.Высотина Т.Н. Особенности родительского отношения к детям с атипичным аутизмом: дисс. ... канд. психол. наук / Т.Н. Высотина. – СПб., 2013.
- 22.Гилберт К. Аутизм: Медицинское и педагогическое воздействие: Книга для педагогов-дефектологов / К. Гилберт, Т. Питерс; Пер. с англ. О.В. Деряевой; под науч. ред. Л.М. Шипицыной, Д.Н. Исаева. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002.
- 23.Горина А.С. Биохимические механизмы развития аутизма и синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей: дисс. ... докт. биол. наук / А.С. Горина. – Новосибирск, 2013.
- 24.Гусева С.В. Интеграция детей с РАС в образовательную и социальную среду (опыт Тулы) / С.В. Гусева // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. – М., 2014. – С. 36-37.
- 25.Данилова Н.Н. Психофизиология: Учебник / Н.Н. Данилова. – М.: Аспект-Пресс, 2012.
- 26.Делани Т. Развитие основных навыков у детей с аутизмом: Эффективная методика игровых занятий с особыми детьми/Т. Делани; пер. с англ. В. Дягтеревой; науч. ред. С. Анисимова. – 2-е изд. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016.
- 27.Детский аутизм: хрестоматия: учеб. пособие для студентов высш. и сред. пед., псих. и мед. учеб. заведений / Ин-т спец. педагогики и психологии, Междунар. ун-т семьи и ребенка им. Рауля Валленберга; сост. Л.М. Шипицына. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Дидактика Плюс, 2001.
- 28.Довбня С. Дети с расстройствами аутистического спектра в детском саду и школе: практики с доказанной эффективностью / С. Довбня, Т. Морозова, А. Залогина, И. Монова. – СПб.: Сеанс, 2018.
- 29.Жуков Д.Е. Сравнительный анализ биопсихосоциальных факторов в течении детского аутизма: дис. ... канд. психол. наук / Д.Е. Жуков. – СПб., 2005.

- 30.Завитаев П.Ю. Клиническая семантика аутизма: дисс. ... канд. мед. наук / П.Ю. Завитаев. – СПб., 2008.
- 31.Захарова И.Ю. Повышение родительской компетентности и профилактика вторичных нарушений у детей раннего возраста с РАС / И.Ю. Захарова, Е.В. Моржина // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. – М., 2014. – С. 23-24.
- 32.Зыкова С.М. Принципы разработки программы коррекционной работы для детей с ограниченными возможностями здоровья / С.М. Зыкова, Е.А. Сятчихина, С.Р. Гайнутдинова [и др.] // Вестник АНО ВПО «Прикамский социальный институт». – 2015. – № 3(71). – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/printsiipy-razrabotki-programmy-korreksionnoy-raboty-dlya-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya>
- 33.Кабардов М.К. Языковые способности: психология, психофизиология, педагогика / М.К. Кабардов. – М.: Смысл, 2013.
- 34.Каган В.Е. Аутизм у детей / В.Е. Каган. – Л.: Медицина, 1981.
- 35.Каган В.Е. Диагностика и лечение аутизма у детей / В.Е. Каган. – СПб.: Ленингр. педиатрический мед. ин-т, 2006.
- 36.Караневская О.В. Поддержка школьного обучения детей с РАС / О.В. Караневская // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. – М., 2014. – С. 39-40.
- 37.Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми / И.Б. Карвасарская. – М., 2003.
- 38.Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 2005.
- 39.Красноперова М.Г. Клиника и психопатология процессуального детского аутизма, протекающего с манифестными психозами и задержкой

- психического развития: дисс. ... канд. мед. наук / М.Г. Красноперова. – М., 2003.
- 40.Кревелен В.К проблеме аутизма / В.К. Кревелен // Детский аутизм: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. С. 111.
- 41.Лаврентьева Н.Б. Подготовка к школьному обучению детей с аутизмом: дисс. ... канд. пед. наук / Н.Б. Лаврентьева. – М., 2008.
- 42.Лазуренко С.Б. Коррекционно-педагогическая помощь детям с нарушением интеллектуального развития в системе комплексной реабилитации / С.Б. Лазуренко // Дефектология. – 2012. – № 5. – С. 26-33.
- 43.Лебединская К.С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991.
- 44.Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. Заведений / В.В. Лебединский. М.: Издательский центр «Академия», 2003.
- 45.Логопедическая абилитация и коррекция в дифференцированной реабилитации и социальной адаптации детей и подростков с отклонениями в развитии: словарь-справочник. – М., 2002. С. 336-337.
- 46.Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учебное пособие / А.Р. Лурия. – М.: Академия, 2017.
- 47.Ляксо Е.Е. Психофизиология: Учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / Е.Е. Ляксо, А.Д. Ноздрачев. - М.: ИЦ Академия, 2012.
- 48.Мальтинская Н.А. История развития учения об аутизме / Н.А. Мальтинская // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – № 511. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://e-koncept.ru/2017/470137.htm>.
- 49.Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И.И. Мамайчук – СПб.: Речь, 2007.
- 50.Манелис Н.Г. Формирование жизненных компетенций у обучающихся с расстройствами аутистического спектра. Методическое пособие /

Н.Г. Манелис, Е.И. Аксенова, П.Л. Богорад [и др.]; Под общ. ред. Хаустова А.В. – М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2016.

51.Мастюкова Е.М. Нарушения коммуникативного поведения при раннем детском аутизме / Е.М. Мастюкова // Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст). – М.: Владос, 1997.

52.Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция / Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1992.

53.Микиртумов Б.Е. Аутизм: история вопроса и современный взгляд / Б.Е. Микиртумов. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://thelib.ru/books/b_e_mikirtumov/autizm_istoriya_voprosa_i_sovremennyy_v_zglyad-read-2.html

54.Микиртумов Б.Е. Ранний детский аутизм / Б.Е. Микиртумов, А.Г. Кощавцев, С.В. Гречаный // Клиническая психиатрия раннего детского возраста. – СПб.: Питер, 2001. – С.121-136.

55.Милевски И. Сопутствующие нарушения при аутизме у ребёнка / И. Милевски. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://meduniver.com/Medical/Neurology/soputstvuiuchie_narushenia_pri_autizme.html

56.Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: АCADEMIA, 2008.

57.Мнухин С.С. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей / С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2007. – №10. – С. 45-46.

58.Мнухин С.С. Об органической основе некоторых форм шизоидных и аутистических психопатий / С.С. Мнухин, Д.Н. Исаев // Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения психических заболеваний. Л., 1969. С. 122-131.

59. Морозов С.А. Социальные и правовые аспекты помощи лицам с расстройствами аутистического спектра (книга для родителей и специалистов) / С.А. Морозов, Т.И. Морозова. – М.: Издательство «Федоровец», 2008.
60. Морозова С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложнённых формах: пособие для учителя-дефектолога / С.С. Морозова. – М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2007.
61. Морозова Т.И. Отклонения в речевом развитии при детском аутизме и принципы их коррекции / Т.И. Морозова // Аутизм: методические рекомендации по коррекционной работе; Под ред. С.А. Морозова. – М., 2002. – С. 88-110.
62. Морозова Т.Ю. Дети с тяжелыми аутистическими расстройствами, выраженными проблемами коммуникации и поведения в школе: успешный опыт проектов в Санкт-Петербурге и Нижнем Новгороде / Т.Ю. Морозова, С.В. Довбня, А.Г. Залогина, И.И. Монова // Материалы к Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Тезисы и аннотации докладов. – М., 2014. – С. 52-53.
63. Морозова С.С. Составление индивидуальных коррекционных программ для работы с аутичными детьми / С.С. Морозова. – М.: Б/И, 2008.
64. Никольская О.С. Особенности психического развития детей с аутизмом // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – №18. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/osobennosti-psihicheskogo-razvitija-detej-s-146>.
65. Никольская О.С. Особенности психического развития и психологическая коррекция детей, страдающих ранним детским аутизмом: Автореф. дис... канд. пед. наук / О.С. Никольская. – М., 2005.
66. Плаксунова Э.В. Характеристика нарушений двигательной сферы у детей с аутизмом / Э.В. Плаксунова // Аутизм и нарушения развития. – 2008. – Т. 6. – № 2. – С. 50-62.

- 67.Пробылова В.С. Особенности самосознания пятилетних детей с ранним детским аутизмом: дисс. ... канд. психол. наук / В.С. Пробылова. – Н. Новгород, 2008.
- 68.Психология детей с нарушениями интеллектуального развития: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Л.М. Шипицына, В.М. Сорокин, Д.Н. Исаев и др.; под ред. Л.М. Шипицыной. 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2014.
- 69.Разенкова Ю.А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития / Ю.А. Разенкова. М.: Карапуз, 2011.
- 70.Рязанова А.В. Модель психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми и множественными нарушениями развития / А.В. Рязанова, Д.В. Ермолаев, М.С. Шапиро [и др.] // Аутизм и нарушения развития. – 2012. – № 3 (38). – С. 1-23.
- 71.Сансон П. Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми / П. Сансон. – 2-е изд. – М.: Теревинф, 2008
- 72.Сансон П. Психопедагогика работы с детьми и взрослыми с аутизмом / П. Сансон. – М.: Аспект-Пресс, 2011.
- 73.Сваталова Т.А. Проектирование адаптированных образовательных программ для детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья / Т.А. Сваталова, Г.В. Яковлева // Электронная научная библиотека «КиберЛенинка». – [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/proektirovanie-adaptirovannyh-obrazovatelnyh-programm-dlya-detey-doshkolnogo-vozrasta-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya>
- 74.Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – СПб.: Речь, 2005.
- 75.Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и её использование в практической деятельности / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – СПб.: Речь, 2005.

76. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте: дисс. ... докт. мед. наук / Н.В. Симашкова. – М., 2006.
77. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения) / Н.В. Симашкова, Е.В. Макушкин. – М., 2015. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://psychiatr.ru/download/2100?view=1&name=Симашкова_Макушкин_клинические_рекомендации_РАС.pdf
78. Титов В.А. ВПС: Психофизиология. / В.А. Титов. - М.: А-Приор, 2007.
79. Уиндер С. На «ты» с аутизмом / С. Уиндер. – М.: Теревинф, 2013.
80. Уманская Т.М. Клиника интеллектуальных нарушений: учебное пособие / Т.М. Уманская, А.Г. Московкина. – М.: Прометей, 2013.
81. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования. – М.: Центр педагогического образования, 2014.
82. Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». – М.: Омега-Л, 2013.
83. Феррари П. Детский аутизм / П. Феррари; Пер. с фр. О.А. Власовой. – М.: РОО «Образование и здоровье», 2006.
84. Шоплер Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей (0-6 лет): Сборник упражнений для специалистов и родителей по программе ТЕАСН / Э. Шоплер, М. Ланзинд, Л. Ватерс. – Минск: Издательство БелАПДИ «Открытые двери», 1997. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://pedlib.ru/Books/1/0445/1_0445-1.shtml.
85. Шостак В.И. Психофизиология. 2-е изд. / В.И. Шостак, С.А. Лытаев. – СПб.: Элби, 2009.
86. Шрамм Р. Детский аутизм и АВА: терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения: 4-е изд. / Р. Шрамм; пер. с англ. З. Измайловой-Камар; науч. ред. С. Анисимова. – Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013.

87. Яковлева Г.В. ФГОС ДО: Разрабатываем основные образовательные программы ДОУ: методические рекомендации руководителям ДОУ / Г.В. Яковлева, Т.А. Сваталова, С.Н. Обухова [и др.]. – Челябинск: Цицеро, 2014.
88. Baron-Cohen S. Autism and Asperger Syndrome. – Oxford: University Press, 2008.
89. Bleuler E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. New York: International Universities Press, 1950.
90. Kanner L, Eisenberg L. Early infantile autism 1943-1955 // American Journal of Orthopsychiatry. 1956. № 26 (3). P. 556-566.
91. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // The Nervous Child. 1943. №2. P. 217-250.
92. Kelley E. Language in ASD // The Neuropsychology of Autism / ed. by D. Fein. Oxford; New York: Oxford University Press, 2011. P. 123-137.
93. Lichtenstein P., Carlström E., Råstam M., Gillberg C., Anckarsäter, H. The Genetics of Autism Spectrum Disorders and Related Neuropsychiatric Disorders in Childhood // American Journal of Psychiatry. 2010. № 167(11). P. 1357-1363.
94. Lord C., Paul R. Language and communication in autism // Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders / eds D. J. Cohen, F. R. Volkmar. New York: Wiley Press, 1997. P. 195-225.
95. Rubeis S. D., Buxbaum J. D. Genetics and genomics of autism spectrum disorder: embracing complexity // Human Molecular Genetics. 2015. № 24(R1). URL: <https://academic.oup.com/hmg/article/24/R1/R24/672068>
96. Wing, L., Gould, J. Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification/ L. Wing, L., J. Gould // Journal of Autism and Developmental Disorders – 1979. – № 9(1). – P. 11-29.
97. Wu S., Ding Y., Wu F., Li R., Xie G., Hou J., Mao P. Family history of autoimmune diseases is associated with an increased risk of autism in children: A systematic review and meta-analysis // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. № 55. P. 322-332.

98.Zablotsky B., Pringle B.A., Colpe L.J., Kogan M.D., Rice C., Blumberg S.J. Service and Treatment Use Among Children Diagnosed With Autism Spectrum Disorders // Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 2015. №36(2), P. 98-105.

99.Zwaigenbaum L., Bauman M. L., Choueiri R., Kasari C., Carter A., Granpeesheh D., Natowicz M. R. Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of Age: Recommendations for Practice and Research // Pediatrics. 2015. №136(Supplement). P. 60-81.

100.Zwaigenbaum L., Bauman M.L., Stone W.L., Yirmiya N., Estes A., Hansen R.L., McPartland J.C., Natowicz M.R., Choueiri R., Fein D., Kasari C., Pierce K., Buie T., Carter A., Davis P.A., Granpeesheh D., Mailloux Z., Newschaffer C., Robins D., Roley S.S., Wagner S., Wetherby A. Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research // Pediatrics. 2015. №136(1). P. 10-40.

Карта «Параметры наблюдений за ребенком с аутизмом в процессе коррекции и их оценка»

(По И. И. Мамайчук – доктор психологических наук, профессор)

Имя ребенка: Сергей 14.12.2012г рождения

дата наблюдения: май 2017- сентябрь 2019г

Цель: дифференцированная оценка степени тяжести аффективных и интеллектуальных нарушений у ребенка с РАС.

Метод: наблюдение.

Диапазон оценок — от 0 до 4 баллов:

0 баллов — функция отсутствует;

1 балл — слабо выражена;

2 балла — выражена, но с искажением;

3 балла — четко проявляется, но наблюдаются некоторые проблемы;

4 балла — четко проявляется, без дополнительных проблем.

Таблица А.1 – Карта оценивания И.И. Мамайчук

Баллы	Параметры наблюдений	Май 2017г	Сентябрь 2019г	комментарии
Блок 1. Эмоционально-поведенческие особенности				
<i>1.Контакт</i>				
0	Контакт полностью отсутствует			
1	Контакт возможен при глубокой заинтересованности ребенка (например, чтобы получить игрушку, ребенок берет психолога за руку)			
2	Контакт избирательный и неустойчивый (например, ребенок вступает в контакт только в присутствии матери; уходит от контакта, когда его о чем-то просит психолог)			Контактировал только тогда, когда обстановка была безопасна, знакома, и хорошо знал педагога или, если ему нравился человек

Баллы	Параметры наблюдений	Май 2017г	Сентябрь 2019г	комментарии
3	Контакт возможен, но его интенсивность и длительность зависят от настроения и состояния ребенка			Способен выполнять инструкции. Требуется повторение 2-3 раза. Дружелюбен, смотрит в глаза, улыбается, но истощается
4	Четко проявляется, без дополнительных проблем			
<i>2. Активность</i>				
0	Отсутствует интерес к занятию. Стереотипии, погруженность в себя			
1	Избирательная активность (например, увидев «любимые игрушки», ребенок проявляет активность, стереотипно с ними манипулирует)			Оживляется при виде машинок, пытается их забрать у педагога, но игра стереотипная, носит манипулятивный характер
2	Демонстрирует интерес к беседе родителей с психологом. Проявляет интерес к игрушкам, манипулирует с ними, но быстро пресыщается, переключается на другие задания			
3	Проявляет интерес к занятию, но тревожен, напряжен, чувствителен к тону, вопросу			Может долго заниматься интересным делом: раскрашивать, строить горки, лего
4	Четко проявляется, без дополнительных проблем			
<i>3. Эмоциональный тонус и эмоциональные проявления</i>				
0	Недифференцированное отношение к различным ситуациям. Неадекватные эмоции: стойкий негативизм, неэффективность, лабильность и пр. Возможны аутоагрессивные реакции			
1	Избирательное отношение к интуиции,			

Баллы	Параметры наблюдений	Май 2017г	Сентябрь 2019г	комментарии
	но с выраженным проявлением негативизма, аффективные реакции при изменении ситуации			
2	Напряженность в процессе общения и деятельности, страхи, возможны бурные аффективные проявления при неудовлетворении потребности			Игнорирует неинтересные ему задания, особенно то, что умеет делать
3	Осторожность, повышенная тормозимость или, наоборот, повышенная расторможенность, возбудимость. При неудачах может проявлять обидчивость, эффективность			Когда пресыщается, устает или голоден, может не понимать своих чувств, будет плакать
4	Четко проявляется, без дополнительных проблем			
4. Поведение				
0	Преимущественно полевое поведение без признаков критичности			
1	Частое проявление эффективности (немотивированные крики, двигательное беспокойство). На замечание не реагирует			
2	На замечание реагирует, но проявляет напряженность, страх, двигательное беспокойство			Есть свой план действий, который стремится выполнить, тревожится из-за попытки вмешаться
3	Чувствителен к оценкам и мнениям окружающих. Напрягается при замечаниях. На поощрение реагирует без выраженных эмоциональных проявлений			Чувствителен к смене видов деятельности. Если настроился на определенный вид деятельности, то тревога на изменение плана действий
4	Четко проявляется, без дополнительных проблем.			
Блок II. Особенности работоспособности				
1. Динамика продуктивности ребенка в процессе занятий				
0	Отсутствует. Ребенок может быть			

Баллы	Параметры наблюдений	Май 2017г	Сентябрь 2019г	комментарии
	сосредоточен на каком-то аффективно значимом действии (например, раскачивании, прыжках, постукиваниях). Или, наоборот, проявляет импульсивность, несдержанность, нецеленаправленно хватается предметы			
1	Неупорядоченная, хаотичная деятельность в процессе занятий. Недлительное сосредоточение на инструкции психолога			Не может удержать сразу несколько инструкций, выпадает из деятельности, пресыщается за 2-3 минуты
2	Замедленный или, наоборот, излишне ускоренный темп при выполнении отдельных заданий			Длительность удерживания внимания в определенном виде деятельности возможна до 8 минут
3	Вначале занятий темп может быть замедленный, но постепенно увеличивается. Или, наоборот, вначале наблюдается ускоренный темп, который к концу цикла занятий нормализуется			
4	Четко проявляется, без дополнительных проблем.			

Баллы	Параметры наблюдений	Май 2017г	Сентябрь 2019г	комментарии
<i>2. Переключаемость и устойчивость внимания</i>				
0	Слабая. Склонность к застреванию при выполнении аффективно значимых заданий			
1	Наблюдается склонность к застреванию на предыдущих действиях, но способен к переключению внимания при значимом задании			Его внимание трудно привлечь, оно мало устойчиво, легко отвлекаются, свойственна крайняя слабость активного

Баллы	Параметры наблюдений	Май 2017г	Сентябрь 2019г	комментарии
				внимания, необходимого для достижения заранее поставленной цели. Привлечь внимание ребенка возможно только с помощью ярко выраженных раздражителей (яркая одежда, яркие предметы ленты, мячи, муз. инструменты), однако длительно сосредоточить его на чем-либо чрезвычайно сложно
2	Способен к переключению, но наблюдается застревание на предыдущих действиях			
3	Выраженных признаков инерции не прослеживается			Очень любит занятия физической культурой, все делает, повторяет. Выдерживает длительность занятия. С эмоционально значимым взрослым может играть долго
Блок III. Особенности познавательной деятельности				
<i>1. Ориентировочная деятельность</i>				
0	Выраженная псевдоактивность при полном отсутствии осмысленного анализа объекта. Сниженная активность при поиске объекта			
1	Ослабленная направленность на объекты, примитивные, стереотипные манипуляции с игрушками с использованием обнюхивания, облизывания, подкидывания и других			

Баллы	Параметры наблюдений	Май 2017г	Сентябрь 2019г	комментарии
	действий			
2	Проявляет интерес к объектам, предварительно разглядывает их, но направленность поиска недостаточна			Манипуляции предметами: крутит колеса у машинок, катает их
3	Активные целенаправленные манипуляции с предметами			Появилась простая сюжетная игра: укладывает куклу спать, катает игрушки на машине, пытается готовить
4	Четко проявляется, без дополнительных проблем.			
<i>2. Речевая деятельность. Экспрессивная речь</i>				
0	Полное отсутствие внешней речи. На высоте аффекта произносит звукосочетания, редкие слова или фразы			
1	Имеется набор коротких стереотипных фраз. Наблюдаются эхолалии. Не пересказывает даже короткий текст. Отсутствуют развернутые фразы			
2	Развернутая речь, но практически недоступен диалог			Обильные эхолалии+ПЕКС
3	Развернутая речь, встречаются речевые штампы, голос маловыразительный. Могут наблюдаться эхолалии			Все чаще использует речевые штампы для выражения желаемого для коммуникации
4	Четко проявляется, без дополнительных проблем.			
<i>3. Целенаправленные действия</i>				
0	Отсутствуют			
1	Слабо реагирует на инструкцию психолога. Уходит от задания, но может вернуться и повторить действие			Нет способности удерживать внимание, беспомощность в доведении задания до конца; отрицательное, а чаще равнодушное, отношение к заданиям,

Баллы	Параметры наблюдений	Май 2017г	Сентябрь 2019г	комментарии
				игнорирует вербальные инструкции
2	Реагирует на инструкцию, но может заниматься другими предметами, которые аффективно значимы, или повторять аффективно значимые фразы и слова (например, «пожар», «горшок» и пр.), что снижает эффективность целенаправленных действий			
3	Действия целенаправленны. Может проявлять тревожность, страхи, что отражается на темпе выполнения заданий			
4	Четко проявляется, без дополнительных проблем.			

Окончание таблицы А.1