



Белгородский региональный центр
психолого-медико-социального
сопровождения

Региональный ресурсный центр
для детей с РАС и другими ментальными нарушениями

Методические рекомендации для специалистов

ЦМПК

**ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ
КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С
РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И
ДРУГИМИ МЕНТАЛЬНЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ
(ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА)
В СИСТЕМЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РРЦ**

Автор-составитель:

Майлатова С.И., руководитель, педагог-психолог ЦМПК

Семернина А.А., учитель-логопед, учитель-дефектолог ЦМПК

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель проекта №10090282

Е.А. Викторова

«11» сентября 2022г.

Белгород 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1. Особенности психического развития детей с различными вариантами искажённого развития.....	4
2. Специфика организации процесса психолого-педагогического обследования детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра различных вариантов искажённого развития.....	6
3. Специфика организации процесса психолого-педагогического обследования детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра различных вариантов искажённого развития.....	11
Заключение	17
Список литературы	18
Приложение	19

ВВЕДЕНИЕ

Одним из направлений деятельности ПМПК является проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей и подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания. Задача специалистов комиссии – дать объективную оценку актуального уровня и особенностей развития ребёнка, его потенциальных возможностей и ограничений, спрогнозировать трудности его адаптации в образовательной и любой другой социальной среде.

Результатом работы психолого-медико-педагогической комиссии является коллегиальное структурно-динамическое заключение, отражающее особенности развития ребёнка в различных аспектах, важных для разработки комплексных рекомендаций по созданию специальных образовательных условий. При обследовании на комиссии детей с расстройствами аутистического спектра, другими ментальными нарушениями наиболее эффективен «трансдисциплинарный» подход, связанный с прогнозированием формирования ресурсов развития и обретения жизненно необходимых компетентностей ребёнком и его семьёй.

Дети с расстройствами аутистического спектра, другими ментальными нарушениями в поле зрения ПМПК попадают достаточно поздно, как правило не ранее 4,5-5 лет, когда становятся очевидными трудности адаптации и нарушения поведения в детском сообществе, в частности в условиях детского сада. Поэтому, чаще инициатором обращения в ПМПК является образовательная организация для того, чтобы получить рекомендации относительно содержания организующей помощи в адаптации ребёнка и обеспечения возможности решать образовательные задачи, стоящие перед ним.

При отсутствии своевременной диагностики и адекватной помощи, доброжелательной и грамотной поддержки окружающих большая часть таких детей не адаптируется социально. В тоже время, в результате своевременно начатой коррекционной работы возможно в разном темпе, с разной результативностью преодоление аутистических тенденций и постепенное вхождение ребёнка в социум.

1. Существуют различные взгляды на феномен раннего детского аутизма, различные подходы в диагностике аутизма и в целом психического развития ребёнка с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями, различные методы и технологии коррекционной практики. Специалисты психолого-медико-педагогических комиссий имеют право на собственный выбор методологии. Поэтому, предлагаемые методические рекомендации освещают общие принципы организации работы ПМПК при проведении комплексного психолого-медико-педагогического обследования таких детей, в данном случае- дошкольного возраста.

1. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ИСКАЖЁННОГО РАЗВИТИЯ

В процессе комплексного обследования на ПМПК ребёнка с расстройствами аутистического спектра, другими ментальными нарушениями специалистам необходимо получить и проанализировать данные, позволяющие судить о развитии сенсорной сферы (особенностях зрительных, слуховых, тактильных, вестибулярных, проприоцептивных ощущений), о развитии двигательной, эмоционально-волевой, познавательной сфер и речи. Специалистам ПМПК необходимо достаточно хорошо владеть знанием не только отличительных особенностей аутизма от других состояний, специфичных для данного вида отклоняющегося развития механизмов формирования психических сфер, функциональных систем и процессов. Эффективность психолого-педагогической помощи, рекомендуемых ПМПК специальных образовательных условий зависит от того, насколько правильно определена логистика помощи, специфичная для каждого варианта и формы искажённого развития. Это значит, что специалисты ПМПК должны понимать механизмы феноменологических проявлений индивидуального развития наблюдаемого ребёнка, определить к какой из типологических групп отклоняющегося развития относятся эти проявления, отталкиваясь от общего ярлыка «расстройства аутистического спектра».

Трудности в проведении психолого-педагогической диагностики определяются особенностями развития психических сфер у детей с РАС, выраженными в большей или меньшей степени. К.С. Лебединская выделяет у детей с расстройствами аутистического спектра «отсутствие или значительное снижение контактов с окружающими, «уход в себя», в свой внутренний мир, наполненность и содержание которого зависят от уровня интеллектуального развития, возраста ребёнка, особенностей течения заболевания», нарушения тактильного, слухового и зрительного гнозиса, нарушения в моторной сфере, речи. Им присуща слабость либо отсутствие контактов, тщательное скрывание своего внутреннего мира от окружающих, предпочтение неодушевлённых предметов и плохая ориентация в признаках живого и, в тоже время, сверхфиксация на некоторых из них. Обращает на себя внимание отсутствие эмоционального резонанса на окружающую ситуацию, нередко холодность и безразличие даже к близким людям, часто сочетающееся со сверххранимостью, пугливостью, чувствительностью к резкому тону, громкому голосу, малейшему замечанию в свой адрес. По данным экспериментально-психологических исследований В.В. Лебединского и др. одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения занимают страхи, которые воспринимаются окружающими как нелепое поведение ребёнка. С состояниями страхов связаны различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов. Наиболее характерна аутистическая направленность всей интеллектуальной деятельности. Игры и интересы далеки от реальной действительности, монотонны и стереотипны по содержанию. Аутизм отчётливо проявляется в речи. Нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях это может быть мутизм, в других- аутичная речь, обращённая в пространство, к

самому себе, эхололии при ответах на вопросы. Характерно отсутствие местоимений, употребление речи о себе во втором и третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами. В игре, как и в поведении, обращают на себя внимание плохая моторика, неловкость произвольных движений, особая трудность в овладении навыками самообслуживания.

Содержание рекомендаций ПМПК по организации коррекционно-развивающей работы, по созданию специальных образовательных условий, определение приоритетов в развитии жизненных компетенций ребёнка будет зависеть от варианта искажённого развития. Разграничение дизонтогенеза по типу искажения (аутистического расстройства) и аутистических проявлений при других вариантах дизонтогенеза представляют большую трудность.

Для описания психического состояния ребёнка с аутизмом и определения варианта специальных образовательных условий психолого-медико-педагогическими комиссиями используется отечественная клинико-психологическая типология – дифференциация раннего детского аутизма К.С. Лебединской - О. С. Никольской. В основе выделения форм искажений развития в рамках раннего детского аутизма лежит четыре группы РДА:

1. Искажения развития с тяжёлыми нарушениями коммуникации и автономностью (1 группа РДА).
2. Искажения развития с выраженными проблемами коммуникации, нарушениями поведения и стереотипиями (2 группа РДА).
3. Искажения развития с нарушениями границ взаимодействия и неравномерностью развития (3 группа РДА).
4. Искажения развития с неравномерной недостаточностью развития и трудностями коммуникации (4 группа РДА).

В настоящее время увеличилось количество детей с расстройствами аутистического спектра, которые демонстрируют разной степени выраженности наступающие в разных возрастах регрессивные проявления, различную динамику утрат и дефицитов. В соответствии с критериальным подходом к типологической дифференциации вариантов искажённого развития, предложенным М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, кроме эволютивного аутизма, к которому относятся вышеуказанные четыре группы РДА по К.С. Лебединской, О.С. Никольской, выделяется регрессивный аутизм (по началу регрессивных проявлений):

1. Искажения развития с ранним регрессом.
 2. Искажения развития с негативной динамикой.
- Искажения с относительно поздним началом.

2. СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ИСКАЖЁННОГО РАЗВИТИЯ

Алгоритм проведения заседания ПМПК включает в себя ряд последовательных этапов:

1. Знакомство с предоставленными родителями документами, формирование первичной гипотезы относительно типологии особенностей развития ребёнка, его образовательных возможностей.
2. Комплексное обследование (анализ предшествующего развития, оценка особенностей развития различными специалистами).
3. Анализ результатов обследования и коллегиальное обсуждение.
4. Принятие решения об образовательном маршруте и составление заключения ПМПК.
5. Консультирование родителей и согласование с ними специальных образовательных условий, необходимых ребёнку для эффективного развития, формирования необходимых компетенций, в том числе образовательных, и адекватной социализации.

При проведении психолого-педагогической диагностики ребёнка с расстройствами аутистического спектра специалистами ПМПК должны соблюдаться правила (Мамайчук И.И., Моржина Е.В., Захарова И.Ю.):

- Необходимо исключить прямой принудительный подход к ребёнку;
- Перед обследованием необходимо предупредить родителей о недопустимости принудительного контакта;
- В присутствии ребёнка не следует собирать анамнез, так как дети очень чувствительны в отношении реакций матери при опросах;
- Заблаговременно из зоны досягаемости для ребёнка должны быть исключены бьющиеся и острые предметы, вода, еда и пр.;
- Исключить посторонние шумы, зрительные стимулы, резкие запахи, обеспечить мягкое освещение и тишину в кабинете;
- Если ребёнок проявляет выраженный негативизм или страх, рекомендуется предложить выбрать игрушку (игрушки должны быть заранее подготовлены и лежать в определённом месте). Не стоит делать ему замечание, если он вышел из-за стола, ходит по кабинету;
- Снижение психического тонуса детей с РАС проявляется в том, что ребёнок не выдерживает малейшего напряжения, быстро истощается. Поэтому рекомендуется дать время отдохнуть от выполнения заданий или, наоборот, предъявить их в ускоренном темпе, если ребёнок успешно с ними справляется;
- Если ребёнок возбуждён, не слышит взрослого, лучше перейти на шепотную речь;
- В случае, если ребёнок демонстрирует выраженный негативизм в ответ на просьбы и задания, можно попробовать подключить, например, куклу из набора кукольного театра и обращаться с просьбами к кукле, поощрять ее выполнять задания.

Обследование детей с расстройствами аутистического спектра проводится более длительное время, диагностика ведётся поэтапно и комплексно. Необходим поиск и адаптация методов, методик, приёмов, позволяющих индивидуализировать обследование. Для обследования должны быть подобраны значимые материалы, поддерживающие интерес ребёнка к диагностическому занятию, о чём следует заранее поинтересоваться у родителей. Предметы, игрушки, иллюстрации должны учитывать возрастные и индивидуальные особенности ребёнка, побуждать его к деятельности. Целесообразно проводить обследование, особенно на начальном этапе, одному специалисту комиссии, как правило, психологу. Это позволяет ребёнку привыкнуть к новой ситуации, даёт возможность ему хотябы немного адаптироваться в пространстве кабинета, ослабить тревожность и напряжение. По мере того, как ребёнок будет привыкать к новой обстановке, другие специалисты могут постепенно включаться в процедуру обследования. Важно создать для ребёнка ситуацию успеха, даже если внешне он на это никак не реагирует.

Перед проведением первичного обследования, кроме изучения стандартных документов, требующихся для проведения заседания ПМПК, Л.В. Шаргородская указывает на необходимость изучения данных из медицинского анамнеза (какие диагнозы и где уже были поставлены, данные обследования узкими специалистами), особенностей раннего развития (моторного, речевого, психического), сведений о предшествующей работе с ребёнком (в каких учреждениях она происходила, какие методики использовались), данных о повседневной активности ребёнка (пользуется ли он речью, понимает ли обращённую речь, выполняет ли просьбы, характер самостоятельной игры), об особенностях реакции на новые ситуации (страхи, тревоги, истерики, поведение на улице и т.д.), данных о навыках самообслуживания, проблемах со сном, туалетом, реакциях на холод, боль, голод. Важно узнать о предпочтениях, страхах, проблемах - эта информация поможет специалистам ПМПК правильно организовать встречу с ребёнком. Для сбора данных возможно до обследования ребёнка на ПМПК предложить родителям различные опросники, анкеты, например, анкету для родителей по определению уровня взаимодействия ребёнка с окружающим миром и людьми, разработанную Баенской Е.Р. (см. приложение). В процессе общения также необходимо выяснить, какую позицию занимают родители по отношению к воспитанию своего аутичного ребёнка, каковы запросы родителей относительно целей диагностики.

Полученная от родителей информация анализируется по следующим направлениям:

- Особенности раннего развития, время обнаружения проблем в развитии ребёнка;
- Преобладающий тип регуляции поведения дома («полевой», на основе выработанных стереотипов, гибкая адаптация к ситуации);
- Уровень психической активности (низкий, высокий, адекватный, колебания уровня психической активности в течение дня, истощаемость) и обычный фон настроения;

- Характер самостоятельной игры и деятельности ребёнка дома в течение дня (например: прыгает на диване, расставляет машинки в ряд, бесконечно играет с пультом от телевизора, предпочитает всякие «хулиганские выходки», тем самым постоянно провоцируя родителей на сильные эмоциональные реакции);

- Коммуникативные возможности ребёнка дома: сведения о речевой активности и её формах, о других способах коммуникации;

- Степень сформированности основных бытовых навыков;

- Наличие или отсутствие поведенческих проблем дома (агрессия, страхи, гиперчувствительность к различным воздействиям).

При диагностике в качестве основного метода необходимо использовать наблюдение за спонтанным поведением ребенка, т.к. оно не требует непосредственного контакта ребенка со специалистом. При этом должны быть созданы специальные условия: в комнате, где проводится обследование, необходимо разместить различные предметы, игрушки, которые бы находились в зоне доступа ребенка и могли бы привлечь его внимание. Например, мячи, конструктор, кубики, мыльные пузыри, куклы, пирамидки, пазлы-вкладыши (по типу доски Сегена), игрушечный транспорт, музыкальные игрушки, детская посуда, книги, принадлежности для рисования и т.д. Само помещение для диагностики должно быть достаточно просторным, комфортным, безопасным.

В ходе наблюдения за спонтанным поведением ребенка рекомендуется фиксировать следующие параметры:

- особенности коммуникации (привязанность к родителям, возможность устанавливать глазной контакт, реакция на приближение взрослого, реакция на тактильный контакт, спонтанные формы взаимодействия);

- перемещения в пространстве;

- особенности двигательной сферы (общая и тонкая моторика, зрительно-моторная координация, функциональность движений);

- привлекательные предметы, виды деятельности;

- непроизвольное внимание (на каких предметах фиксирует; пресыщение);

- особенности эмоциональной сферы;

- особенности речевого развития (спонтанные вокализации, слова, высказывания, понимание речи в спонтанной ситуации);

- проблемы поведения.

Предлагаемые задания должны быть максимально близки по содержанию и по сложности к тому, что ребенок может делать самостоятельно. Это позволит уменьшить вероятность негативного отношения ребенка к требованиям со стороны взрослого. Например, если в процессе наблюдения за поведением ребенок сам брал карандаш и рисовал на бумаге, то в качестве первого задания можно попросить ребенка нарисовать что-нибудь.

В ходе диагностики важно выяснить следующее:

- следует ли ребенок простым инструкциям («иди сюда», «садись», «подними» и т.п.);

- как реагирует на ситуацию предъявляемого требования (выполняет, игнорирует, смотрит на Вас, негативная эмоциональная реакция, уход, усиление стереотипии, агрессия и т.п.);
- подражает ли движениям взрослого (спонтанно, в игре или по инструкции «делай так» или «делай, как я»);
- выполняет ли инструкции в контексте спонтанной деятельности (например, если играет с посудой, а психолог в это время говорит ему: «Открой кастрюлю»);
- может ли подобрать одинаковый предмет к образцу;
- может ли находить предмет по инструкции («Дай», «Покажи», «Найди» и т.п.);
- подражает ли вербально (спонтанно или по инструкции);
- как реагирует, если не дают желаемый предмет или как реагирует на запрет.

Кроме этого, необходимо определить особенности познавательной сферы, время, в течение которого ребенок удерживается в учебной ситуации; чем можно привлечь его к выполнению задания.

При оценке речевого развития необходимо понять, мутичен ли он или способен пользоваться речью, а если способен, то направлена ли его речь на коммуникацию и в какой степени связана с ситуацией. Надо оценить запас слов, чистоту их произношения, характер аграмматизмов, возможность использования форм первого лица, развёрнутость всей речи. Важна характеристика темпа и ритма речи, высоты звука, интонаций, вокализаций (в том числе, представляет интерес большая или меньшая связь вокализаций со звуками родной речи), игры слогами и словами.

Необходимо выявить общие особенности реагирования на окружающий мир: спокойно ли ребёнок входит в новое помещение, меняется ли при этом его мимика, пластика, характер вокализаций, требуется ли ему в такой ситуации тактильный контакт с мамой, есть ли реакция на незнакомых людей, сидит ли он на коленях у мамы во время беседы, какова его поза у неё на руках, держится ли он рядом с мамой или его сразу увлекает незнакомое пространство, предметы, как он использует эти предметы, приносит их матери, требует ли он внимания матери или проявляет большую заинтересованность в общении с другими людьми (специалистами ПМПК). Характер глазного и тактильного контакта, ориентированность ребёнка на лицо и голос другого человека, прислушивается ли он к разговору, меняется ли при этом его поведение, что происходит, если ребёнок встречается случайно взглядом с другим человеком- на эти вопросы необходимо ответить в ходе внимательного наблюдения за ребёнком во время приёма.

Не обходимо выяснить, насколько у ребёнка сформированы навыки самообслуживания, есть у него проблемы с опрятностью, с туалетом, смочет ли воспользоваться туалетом самостоятельно, в том числе в новом незнакомом месте. Как он ест, имеются ли трудности с глотанием, избирательность в еде. Как реагирует на запачканные руки, лицо, одежду.

Целесообразно выяснить реакцию на физический дискомфорт, голод, усталость, боль. Проявляется ли переживание дискомфорта, насколько оно

фиксируется, не перерастает ли в ожесточённую аутостимуляцию и самоагрессию, может ли мама его утешить, если да, то чем. Следует понять, можно ли отсрочить выполнение его требований, отвлечь, запретить, принимает ли он объяснение необходимости отложить выполнение его желания, какова его реакция на похвалу, поощрение, запрет, отказ, на удовольствие и огорчение, адекватна ли эта реакция.

Важно определить особенности самостоятельной деятельности ребёнка, его игр. Что занимает внимание ребёнка, как долго он занят одним делом, принёс ли он с собой свой объект пристрастия, пытается ли использовать предметы обихода и игрушки по назначению или использует только их сенсорные свойства. Если занятие ребёнка напоминает обычную игру, то каков её характер, есть ли сюжет, или проявляются игровые стереотипы. Также и с рисованием: сводится ли оно к простому черканию, размазыванию красок или разворачивается некий сюжет, вкладывается смысл, на сколько сюжет стереотипен.

Возникшие предположения сверяются в тестовой ситуации активного взаимодействия со взрослым, при котором фиксируются все моменты организации контакта. Важна реакция ребёнка на предложенный контакт: избегает, пассивно принимает, сам вызывает на контакт, какова пространственная дистанция, необходимость в посреднике (через маму), как устанавливается зрительный, тактильный контакт, как реагирует на речевое обращение, обращается ли сам. Необходимо оценить, легко ли заражается эмоциями другого, усваивает ли только ярко выраженные аффективные состояния, легко ли спровоцировать чувство страха, тревоги, в какой форме выражаются эти состояния, обращается в этом случае за помощью ко взрослому. Какова степень выносливости ребёнка в контакте, имеет ли этот контакт характер эмоционально адекватного и осмысленного взаимодействия или является средством аутостимуляции.

Если совместная деятельность невозможна, то необходимо определить, возрастает ли при участии взрослого избирательность ребёнка в контактах со средой, наблюдается ли избегание или предпочтение тех впечатлений, которые взрослый вводит в ситуацию вербально или невербально, меняется ли при этом уровень аутостимуляции, изменяется ли её характер, интенсивность.

Вся поступившая информация о ребёнке, полученные данные из медицинских документов, по результатам взаимодействия с ребёнком, его обследования, из беседы, опроса (анкетирования) родителей, из представленных родителем видеозаписей, по наблюдениям за ребёнком в свободной деятельности и т.д. суммируются и соотносятся с типичными признаками того или иного варианта искажённого развития.

3. СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ИСКАЖЁННОГО РАЗВИТИЯ

Основными критериями выделения эволютивного аутизма является присутствие искажений уже в младенческом возрасте, но отсутствие негативной динамики и регрессивных проявлений. Регрессивные явления в целом не специфичны, могут возникнуть, если были изменения в условиях жизни ребёнка, о чём могут рассказать родители (были ли переезды, смена детского сада, что-то происходило в семье и т.д.). Обследование детей с различными формами эволютивного аутизма (РДА) выстраивается в соответствии со специфическими особенностями поведения и развития, зависящих от уровня дезадаптации ребёнка.

1 группа:

В продуктивный контакт физически не вступают, автономны, поведение близко к полевому, определить уровень актуального развития и обучаемость в условиях ПМПК практически невозможно, так как никакие приёмы диагностики применить не удаётся. Особенности выявляются методом наблюдения. Возможно использование домашних видеозаписей, предоставленных родителями ребёнка.

1,5 – 2 года. С таким ребёнком невозможно работать за столом. Поэтому необходимо организовать иную предметную среду. На ковре в кабинете, где сенсорные стимулы минимизированы, из ящика достаются именно те предметы, которые могут вызвать интерес, поначалу чисто сенсорный. Это могут быть разноцветные сортеры, стаканчики, вкладыши, различные по цвету и размерам геометрические фигуры. Весь материал должен попасть в поле зрения ребёнка, а все задания соотноситься с возрастом ребёнка. Ребёнок не будет «слышать» инструкции взрослого (их лучше и не давать), но внутри его манипуляций с предметами возможно выделить способ действия, стратегию выполнения задач. Необходимо помнить о пресыщаемости такого ребёнка в контактах. Если он пресытился и стремится уйти от взрослого, его необходимо отпустить- тогда, скорее всего, он вернётся. Если все же ребёнок допускает взрослого, то можно повысить его психический тонус путём стимуляции его вестибулярных ощущений- раскачиванием, невысоким «подбрасыванием». Важно понять не только его когнитивные возможности, но и особенности чувствительности, сформированность общей моторики, степень ее гармоничности. С точки зрения речевого развития такой ребёнок может быть полностью мутичен, издавать отдельные звуки, либо обладать примитивной речью. Задача логопеда – оценить сформированность артикуляционного праксиса.

2,5-3 года- 6 лет. Динамика развития речи зависит от ресурсных возможностей ребёнка, коррекционных стратегий и тактик, но остаётся по-прежнему дефицитарной. Если коррекционная работа не велась, то такой ребёнок, оставаясь не включённым в коммуникацию и взаимодействия с близкими привыкает к режиму домашних бытовых действий, имеет свои

игровые предпочтения, постепенно могут возникать стереотипные формы поведения, что говорит о развитии более активных форм взаимодействия с окружающими. Игра носит более манипулятивный характер, но может быть и достаточно изысканной. В целом можно судить об определённой динамике развития ребёнка в его собственной логике. Нарастающие стереотипии как аутистические формы защиты отражают состояние дискомфорта ребёнка и со временем становятся скорее стереотипными формами поведения.

2 группа:

Обследование частично возможно при подключении к стереотипиям, через предмет, заинтересовавший ребёнка. В этом случае ему удаётся удержать простые алгоритмы деятельности, т.е. простейшие задания, заданные взрослым. Любое напряжение усиливает стереотипии, повышает степень защиты. Определение обучаемости затруднено в силу ограниченной возможности следовать инструкции, трудностей организации продуктивной деятельности. Только после того, как ребёнок успокоится, что часто проявляется в возникновении стереотипной привычной игры с предметами, можно подключиться к его игре, осторожно вводя новые предметы, которые могут дать информацию специалисту об особенностях развития ребёнка- сортеры разного типа, доски с вкладышами, стаканчики, счётные палочки, мелкие фигурки животных или машинки. Так, если ребёнок раскладывает, собирает, рассыпает пазлы (по типу досок Сегена), специалист может вначале просто подсесть рядом, а спустя некоторое время спокойно и доброжелательно комментировать то, что делает ребёнок, а затем попросить ребёнка что-то сделать. Таким образом можно выяснить не только то, что умеет ребёнок может выполнять задания, но и то, что он знает (цвета, форму, соотносит ли он животное с тем, что оно ест). Используя картинки, можно выявить его актуальный словарь. Только подключившись к стереотипным действиям ребёнка можно установить простейший контакт с ребёнком по поводу предмета и соотносить выполнение задания с возрастными нормативами. Оценить обучаемость ребёнка чрезвычайно трудно. Часто о доступных умениях и навыках приходится судить со слов родителей.

3 группа:

Обращаются на ПМПК чаще родители детей после 4 лет или перед школой. Отсутствие границ взаимодействия («аутизм наоборот»): не считают социально- эмоциональный контекст ситуации, речь – насыщенный монолог, словарный запас «книжного характера» (использование в речи малочастотных слов, излишне взрослая речь), речь специфична, оторвана от конкретной ситуации, поглощённость своими интересами (вычурные интересы). Ребенок разговаривает не с человеком, а на интересующую тему (форма аутостимуляции).

Для начала дать ребенку задание, связанное со значимой для него темой. В рамках своих интересов ребенок способен к продуктивной деятельности, проявляет достаточную работоспособность. Максимально затронута аффективно-эмоциональная сфера. Подвержен страхам. Отмечается выраженная неравномерность развития психических функций. Могут легко усваивать сложные вещи (например, сложные виды вычислений, чтение

сложных по своей структуре текстов), но в то же время с трудом обучаться элементарным навыкам (самообслуживания, графические навыки). Могут понять закономерности и причины того или иного и, в то же время, не соотносить все это с действительностью. Чаще всего отмечается хорошая слухоречевая память. Мышление конкретное, трудности понимания скрытого смысла, подтекста, иронии, буквальное понимание шуток, метафор, поэтому при обследовании не следует допускать в своей речи образных сравнений, шуток, ироничных замечаний и т.п. Нередко встречается «одержимость» игровым или другим занятием, которое трудно прервать. Отдает предпочтение неигровым предметам, перевоплощениям. Все компоненты произвольной регуляции недостаточно развиты.

В начале необходимо установить определённые правила- задать границы коммуникации. Жёсткая инструкция делает пребывание ребёнка в ситуации обследования более предсказуемым, уменьшает вероятность поведенческих срывов. Специалист должен сократить текст инструкции, структурировать само задание, использовать наглядность, не следует давать прямых оценок деятельности ребенка, чтобы не спровоцировать проявление негативизма. Исследование особенностей развития познавательных функций лучше начинать с того, что даётся ребёнку легко, предупредив, что дальше будут другие задания. Важно определить уровень понимания обращённой внеконтекстной речи. Это может служить прогностическим признаком для проведения оценки будущей образовательной и социальной адаптации ребёнка.

4 группа:

В контакт вступает не сразу, может демонстрировать чрезмерную застенчивость. Взгляд на лицо собеседника прерывистый, может отвечать полу-отвернувшись. Привыкнув, ребёнок может сам дозировать зрительный контакт. Наблюдаются двигательные стереотипии, реже – речевые. Эмоциональная саморегуляция затруднена, тревожен. Не считывает эмоционального контекста ситуации. Деятельность замедленная, застревает в ней, быстро утомляется. Отвечает с большой отсроченностью (латенцией), нередко невпопад, речь тихая, замедленная. Работоспособность снижена. Затрудняется оценивать эмоциональное состояние других, поэтому может действовать неадекватно. Обучаемость замедлена. Возникает ощущение, что не понимает инструкцию. При этом невербальные (перцептивно-действенные и перцептивно-логические) задания могут выполняться хорошо. Ребёнок полностью доступен процедуре обследования, если у него возникло чувство доверия к специалисту. Поэтому, необходимо дать время для адаптации ребёнка в новой обстановке, тревожной для него. Возможно предложить простую игру- покатать мяч, ровно сложить кубики в коробку, поиграть с фигурками животных, покормить куклу. Убедившись, что тревога прошла, возможно предлагать диагностические задания. Начинать необходимо с простых, заведомо зная, что ребёнок их выполнит. Ребёнок нуждается не только в организующей, но и в стимулирующей помощи, похвале. Следует давать пошаговые инструкции, при необходимости повторять и разъяснять их. Отмечается более или менее достаточная регуляция собственной деятельности, но фактическая невозможность двигательной и эмоциональной регуляции. Это

свидетельствует об искажении в самой системе формирования произвольной регуляции деятельности как базового компонента деятельности вообще. Речь бедна, аграмматична. Игра монотонна, стереотипна, в совместной игре не учитывает обратную связь, так как не умеет считывать и прогнозировать эмоциональное состояние другого человека.

Основным критерием, отграничивающим вариант **искажения развития с ранним регрессом** от предыдущих вариантов эволютивного аутизма (раннего детского аутизма), является обязательный период нормативного развития. Узнать об этом специалисты ПМПК могут только со слов родителей, возможно из видеозаписей, предоставленным родителями на приёме. Поэтому, необходимо заранее попросить родителей актуализировать информацию о раннем развитии ребёнка. Изначально многие родители не замечают никаких тревожных признаков, хотя при опросе выясняются отдельные симптомы, присутствовавшие до начала регресса. Изменения развивались в возрасте от 1 года 2 мес. до 2 лет. Расстройство проявляется в отсутствии потребности в контакте, погружённостью в стереотипные манипуляции с предметами, отсутствием реакции на имя, обращённую речь, избирательностью в еде. При обследовании на приёме в ПМПК ребёнок *с простым вариантом регресса со стереотипиями* ведёт себя автономно, стремится уединиться, чаще спиной ко взрослым, выполняет повторяющиеся стереотипные действия, отвлечь от которых его невозможно, зрительный контакт установить очень сложно, и он непродолжителен, интерес к окружающему мимолётный и минимальный. Возможен вариант снижения порогов восприятия. Поэтому во время диагностики речь специалиста должна быть тихой, взаимодействие осторожным, а перед прикосновениями ребёнка необходимо предупредить. Все воздействия должны начинаться с «подпороговых» для ребёнка. Поведение ребёнка *при регрессе с хаотичным возбуждением* отличается непрерывной двигательной активностью, агрессией и аутоагрессией, резкими вокализациями, резким нарастанием тревоги при нарушении привычного стереотипа. Периоды возбуждения сменяются успокоением во время монотонных занятий (кусание рук, верчение, потряхивание предметов). В случае *регресса с дезорганизацией и полевым поведением* наблюдается картина общей дезорганизации психической деятельности, нецеленаправленность, «полевое» поведение. Привлечь и удержать внимание ребёнка невозможно. Ребёнок *с регрессом с низким психическим тонусом, вялостью и апатией* характеризуется минимальным интересом к окружающему миру, увлечён стереотипными монотонными занятиями. На приёме может просто лежать на полу, выражение лица безразличное, зрительный контакт практически не устанавливается, отмечается мышечная гипотония.

Дети, перенесшие ранний регресс, не понимают обращённой речи. С 4 до 7 лет проявляется собственная речевая специфика. Речь сначала эхολаличная, примитивная, даже при многолетней логопедической и дефектологической работе остаётся грубо аграмматичной, мало модулированно, интонационно упрощённой. Понимание обращённой речи остаётся существенно затруднённым.

У детей с **искажением развития с негативной динамикой** ранний регресс отсутствует, с возрастом возникают признаки непрерывного течения болезненного процесса с нарастанием аффективно-эмоционального и регуляторно-волевого дефицита. Дети с *малой негативной динамикой и преимущественно эмоциональными утратами* на приёме в ПМПК могут демонстрировать настораживающие, но не яркие симптомы аутизма. Редко используют зрительный контакт, неплохо сотрудничают, но недостаточно ориентированы на похвалу, не отслеживают реакцию взрослого, пресыщаемы, эмоционально невыразительны. Могут присутствовать моторные стереотипии, необычные сенсорные предпочтения. Интеллектуальные достижения неравномерны: невербальное мышление гораздо лучше. Обследование следует начинать с тем, близких к сверхценным интересам ребёнка, не уходя в глубь этих сверхценностей. Постепенно к 7 годам формируется вербально-логическое мышление, растёт уровень обобщения, укрепляется активное внимание. Если с ребёнком ведутся регулярные занятия с дефектологом, то затрудняется оценка особенностей мышления, так как в знакомых пробах ребёнок демонстрирует заученные стандарты. Речь формируется через этап эхоталий (в 3-4 года), которые быстро усложняются, они не коммуникативны, но говорят о хорошей механической памяти. Если наблюдается высокая, хотя и не коммуникативная речевая активность, то можно судить о достаточно хорошем прогнозе развития. Параллельно с эхоталиями появляются активные слова с существенным запаздыванием смысловой составляющей.

У ребёнка с *искажением развития с выраженной негативной динамикой, с эмоциональными и когнитивными дефицитами* потенциально возможные достижения опосредуются степенью нарушения активного внимания и регуляторно-волевого компонента, проблем понимания речи. Если целенаправленность и внимание грубы нарушены, то специалисту невозможно адекватно оценить интеллектуальные возможности ребёнка. Ребёнок 2-4 лет на приёме автономен и не реагирует на речь, находится в постоянном полевом движении, вокализует, ноет, выражает общий дискомфорт, его внимание трудно привлечь. Его трудно удержать около себя, поэтому специалист ПМПК должен перемещаться вместе с ребёнком по кабинету, пытаясь поймать внимание ребёнка, постоянно соскальзывающее с внешних объектов на внутренние ощущения. Изменения внешней ситуации для ребёнка не важны, он пассивен. При обследовании те же трудности, что и у детей с тяжёлыми формами эволютивного аутизма, стимулирующая помощь не эффективна, результативность выполнения самых простых заданий оценить очень трудно. Речь может полностью отсутствовать. Когнитивный уровень возможно оценить только по невербальным заданиям, которые не требуют внутренней речи.

Искажения развития с относительно поздним началом выделяется как вариант процессуального заболевания- детской шизофрении. Родители на приёме в ПМПК говорят о появлении у говорящего, относительно благополучно развивающегося ребёнка продуктивной психопатологической симптоматики после 3 лет. Сферы восприятия и мышления не регрессируют, а искажаются. Отмечается негативная динамика в аффективно-эмоциональной и регуляторно-волевой сферах, формируется типичный шизофренический

дефект. Если ребёнок попадает на обследование в ПМПК в период острого состояния, то обследование даже самыми элементарными методиками может быть невозможным. Поэтому здесь будут базовыми методами обследования включённое или чаще невключённое наблюдение. В случае вялости и пассивности ребёнка его удаётся привлечь к выполнению тех или иных возрастных заданий и можно зафиксировать их успешное выполнение. Необходимый контакт для недлительной продуктивной деятельности ребёнка поможет наладить активная, спокойная и доброжелательная позиция взрослого. Ребёнок не будет демонстрировать аутистического синдрома, а будет коммуницировать на фоне своей вялости и пассивности. С возрастом эта задача усложняется, так как ребёнок становится подозрительным, недоверчивым, может проявлять причудливые страхи, различную патопсихологическую симптоматику (обманы восприятия, психомоторные нарушения).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях приёма ребёнка с расстройствами аутистического спектра на ПМПК, когда он впервые попадает в данную конкретную ситуацию, не стоит ожидать результатов от направленного обследования: часто он не выполняет инструкций, не включается в разговор, не может вовлекаться в любимые другими детьми игры, в рисование. Важна информация, полученная в процессе наблюдения за поведением, деятельностью, эмоциональными и поведенческими реакциями, а также информация, полученная от родителей. В процессе определения уровня психического развития ребёнка специалистами ПМПК накапливаются данные о его индивидуальных особенностях, конкретном жизненном опыте, о впечатлениях, которые его занимают или могли бы занимать, о привычках, пристрастиях, выносливости в контакте, фиксируются явления, которые могут испугать ребёнка, представляют для него реальную угрозу. Всё это должно быть использовано для определения адекватных условий, создаваемых при организации обучения и воспитания дома, в дошкольной образовательной организации, а также – для разработки рекомендаций родителям по выбору стратегии помощи ребёнку. Обследование на ПМПК ребёнка с расстройствами аутистического спектра, другими ментальными нарушениями не имеет своей целью точного предсказания его будущего, а дифференциация группы, к которой относятся особенности психического развития конкретного ребёнка, выявленная степень его аутизации, не является для родителей «приговором». Всё это лишь определяет степень, с которой должна начаться работа с ребёнком, с его семьёй. Для прогноза развития важно не столько начальное состояние, сколько динамика изменений. Каждый ребёнок находится в атмосфере определённых ожиданий родителей, педагогов, они могут как стимулировать, так и ограничивать его развитие. Ребёнок с аутизмом очень чувствителен к ожиданиям, поэтому взрослые всегда должны рассчитывать на лучшее.

Специалисты, впервые приступившие к работе с аутичным ребёнком, нередко попадают в ситуацию недостатка профессионального опыта, а родители сталкиваются с неприменимостью имеющихся традиционных взглядов. В результате в семье могут возникать конфликтные ситуации по поводу разногласий в рамках социальнопринятых традиционных норм и приёмов воспитания. Педагоги образовательных организаций чувствуют свою неуверенность, так как проверенные в работе с другими детьми методики не работают. Специалисты ПМПК могут рекомендовать необходимые условия обучения и воспитания, направления психолого-педагогического сопровождения, возможно более адекватные технологии и подходы коррекционно-развивающей работы с ребёнком, но и где можно получить грамотную психологическую, медицинскую помощь семье, методическую помощь специалистам, которые будут с ребёнком вести работу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бородина Л.Г., Семаго М.М., Семаго Н.Я. Типология отклоняющегося развития: Варианты аутистических расстройств. -М.: Генезис, 2020.
2. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте: Учебное пособие для вузов.- М.: Академический проект; Трикста, 2013.
3. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.: Аутичный ребёнок. Пути помощи. Изд.3-е, стер.- М.: Теревинф, 2005.
4. Особенности диагностики детей с расстройствами аутистического спектра. Розова Н.Г.
<http://ocpmcc.edu35.ru/tospec/tospec244/specdef/598-statii-2015-rozava-spectr>

Анкета для родителей по определению уровня взаимодействия ребенка с окружающим миром и людьми.

(по Баенской Е.Р.)

1. Дистанция общения ребенка со взрослым: Насколько близко ребенок сам приближается к взрослому и насколько близко подпускает его? _____

2. Можно ли взять ребенка на руки и как он при этом сидит (напряженно, карабкается, приваливается) _____

3. Как ребенок относится к тактильному контакту, смотрит ли в лицо и как долго? _____

4. Как ведет себя ребенок с близкими и как с незнакомыми людьми? _____

5. Насколько он может отпустить от себя маму? _____

6. Излюбленные занятия ребенка Чем любит заниматься ребенок, когда он предоставлен сам себе: бродить по комнатам, забираться на подоконник и смотреть в окно, что-то крутить, перебирать, раскладывать, листать книгу и др.? _____

7. Предметная и игровая деятельность. Как обследует окружающие предметы: рассматривает; обнюхивает; тащит в рот; рассеянно берет в руку, не глядя, и тотчас бросает; смотрит издали боковым зрением? _____

8. Как использует игрушки: обращает внимание лишь на какие-то детали; крутит колеса машины; бросает крышечку от кастрюли; трясет веревку; манипулирует игрушкой для извлечения какого-либо сенсорного эффекта (стучит, грызет, кидает); проигрывает элементы сюжета (кладет куклу в кровать, кормит, нагружает машину, строит из кубиков дома)? _____

9. Бытовые навыки. Сложились ли какие-то стереотипы бытовых навыков, насколько они развернуты, насколько жестко привязаны к привычной ситуации? _____

10. Речевое развитие. Использует ли ребенок речь и в каких целях: комментирует, обращается, использует как аутостимуляцию (повторяет одно и то же аффективно заряженное слово, высказывание, выкрикивает, скандирует)? _____

11. Насколько речь стереотипна, характерны ли эхолалии, в каком лице ребенок говорит о себе? _____

12. Поведение ребенка в ситуациях дискомфорта. Как ведет себя ребенок в ситуациях дискомфорта: замирает, возникают панические реакции, агрессия, самоагрессия, обращается к близким, жалуется, усиливаются стереотипии, стремиться проговорить или повторить травмировавшую ситуацию? _____

13. Как ребенок реагирует на запрет: игнорирует, пугается, делает на зло, возникает агрессия, крик? _____

14. Как легче его успокоить при возбуждении, при расстройстве: взять на руки, приласкать, отвлечь (любимым лакомством, привычным занятием, уговорами)? _____

15. Поведение при радости Каково его поведение при радости: возбуждается, усиливаются двигательные стереотипии, стремится поделиться своим приятным переживанием с близкими? _____

16. Внимание ребенка. Насколько долго можно сосредоточить внимание ребенка и на чем: на игрушке, книге, рисунке, фотографиях, мыльных пузырях, свечке или фонарике, возне с водой и т. д.? _____

17. Взаимодействие ребенка со взрослым. Как ребенок относится к включению взрослых в его занятие (уходит, протестует, принимает, повторяет какие-то элементы игры взрослого или отрывки его комментария)? _____

18. Если позволяет включаться в занятие, то насколько можно развернуть игру или комментарий? _____
