



**Белгородский региональный центр
психолого-медико-социального
сопровождения**

Региональный ресурсный центр

для детей с РАС и другими ментальными нарушениями

Методические рекомендации для специалистов

ПМПК

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


Автор-составитель:

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

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

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель проекта №10090282

 **Е.А. Викторова**

 **24.09.2022г.**

Белгород 2021

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1. Особенности психического развития детей с различными вариантами искажённого развития.....	5
2. Общие правила и принципы деятельности ПМПК при проведении психолого-педагогического обследования школьников с расстройствами аутистического спектра в связи со спецификой нарушений	7
3. Обследование детей младшего школьного и подросткового возраста с различными вариантами искажённого развития.....	14
3.1. Дети с искажением развития по типу раннего детского аутизма.....	14
3.2. Дети с вариантами искажений регрессивного характера.....	17
4. Рекомендации ПМПК по созданию специальных образовательных условий и основным направлениям психолого-педагогического сопровождения для различных категорий обучающихся с РАС	20
Заключение	22
Список литературы	23

ВВЕДЕНИЕ

Одним из направлений деятельности психолого-медико-педагогической комиссии (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 ПМПК 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, практически перед началом школьного обучения, когда становятся очевидными трудности адаптации и нарушения поведения в детском сообществе. Чаще инициатором обращения в ПМПК является образовательная организация для того, чтобы получить рекомендации относительно содержания организующей помощи в адаптации ребёнка, его коррекционно-развивающей поддержки и обеспечения возможности решать образовательные задачи в дальнейшем.

При отсутствии своевременной диагностики и адекватной помощи, доброжелательной и грамотной поддержки окружающих большая часть школьников с РАС испытывает существенные затруднения в социальной адаптации и в учебной деятельности. В тоже время, в результате своевременно начатой коррекционной работы возможно преодоление аутистических тенденций и постепенное вхождение ребёнка в социум, хотя и в разном темпе, с разной результативностью. В таком случае проще и мягче протекает процесс адаптации в новых условиях, когда ребёнок приходит в школу. При соблюдении преемственности коррекционно-развивающей помощи в системе «детский сад-школа» реализация адаптированных общеобразовательных программ эффективнее достигает своих основных целей.

Задача ПМПК- определить основные условия обучения ребёнка, учитывающие индивидуальные особенности психофизического развития и социальной адаптации, состояние здоровья, условия развития на предыдущем этапе периода дошкольного детства. Для этого необходимо грамотно обеспечить организацию и проведение всей диагностической процедуры.

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 ПМПК имеют право на собственный выбор методологии. Поэтому, предлагаемые методические рекомендации освещают общие принципы организации работы ПМПК при проведении комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей младшего школьного возраста с расстройствами аутистического спектра и иными ментальными нарушениями.

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, суметь 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 лежат 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.
3. Искажения с относительно поздним началом.

2. ОБЩИЕ ПРАВИЛА И ПРИНЦИПЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПМПК ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В СВЯЗИ СО СПЕЦИФИКОЙ НАРУШЕНИЙ

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.

Следует учитывать, что обследование ребёнка с РАС в связи с его особыми поведенческими и эмоциональными сложностями желательно проводить одному специалисту, который смог установить с ребёнком контакт. Задания должны быть подобраны таким образом, чтобы другие члены ПМПК могли оценить интересующие их сферы развития ребёнка. Для обследования детей с тяжёлыми вариантами РАС использование инструментальных методик практически невозможно, поэтому основным методом здесь будет наблюдение и опрос родителей, в том числе изучение предоставленных ими по желанию домашних видеозаписей.

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 хотя бы 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;
- 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 или по инструкции);
- выполняет ли инструкции в контексте спонтанной деятельности;
- может ли подобрать одинаковый предмет к образцу;
- может ли находить предмет по инструкции;
- 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.

Основные задачи при изучении особенностей познавательной сферы аутичных детей:

- выявление уровня знаний и навыков,
- определение специальных образовательных условий (программы обучения, адекватной возможностям ребёнка, направлений коррекционно-развивающей помощи, степени участия различных специалистов, необходимость специального оборудования и специальных дидактических средств, необходимость сопровождения тьютором и т.д.).

В целом процедура диагностического обследования **познавательной сферы** должна возникнуть естественно, плавно переходя из стадии установления контакта с ребёнком. Предлагаются общепринятые методики исследования познавательной деятельности соответственно возрасту и возможностям ребёнка. При этом специалисты ПМПК наблюдают следующие моменты:

- адекватность действий (как принимает задания), способы выполнения задания, обучаемость в процессе выполнения, отношение к результату своей деятельности;
- как выполняет задания, принцип выполнения которых очевиден и задания, требующие ориентировки на образец, соблюдение условий, поэтапного планирования, выполнения и контроля. По тому как ребёнок справляется со вторым типом заданий можно судить об уровне сформированности произвольной регуляции деятельности, целенаправленности и критичности мышления.

Отмечается, есть ли у ребёнка высокие способности к какой-либо деятельности, широкие знания или умения в какой-либо сфере, увлечённость какими-либо интересами.

У ребёнка исследуется наглядно-образное мышление, целостность восприятия, зрительно-пространственное восприятие, словесно-логическое мышление, уровень обобщений, способность к абстрагированию и отвлечению, целенаправленность и критичность мышления.

Используется диагностический инструментарий, известный в диагностической практике при условии обязательного учёта возраста ребёнка. Учитывается характер используемых пособий, предметов, дидактических игр и реакцию ребёнка на них, а также информация от родителей о предпочтении ребёнка в выборе игрушек или предметов для организации его деятельности.

При оценке **речевого развития** необходимо понять, мутителен 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, 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.

В процессе изучения **уровней эмоциональной регуляции** ребёнка необходимо внимательно отслеживать усиление или убывание аутистических признаков (расширение вариантов аутостимуляции, усиление избирательности контакта, полный отказ от него, возникновение страхов, агрессии, самоагрессии) при вступлении в контакт специалиста с ребёнком. Критерием позитивной динамики является возникновение в его психической деятельности признаков аффективных механизмов более высокого уровня организации эмоционально-волевой сферы. Одновременно при этом упрощаются способы компенсаторной аутостимуляции. В случае регресса, ребёнок становится более замкнутым, отрешённым, имеющиеся связи и контакты с окружающим миром нарушаются.

Не обходимо выяснить, насколько у ребёнка сформированы **навыки самообслуживания**, есть у него проблемы с опрятностью, с туалетом, смывает 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 быта по назначению или использует только их сенсорные свойства..

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 ее 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.

Для успешного овладения учебной деятельностью необходимо, чтобы у ребёнка был сформирован **стереотип учебного поведения**. Учебное поведение включает в себя навыки, которые помогают ребенку учиться. Это та база, на которой строится все школьное обучение. Дефицит в формировании данных навыков может привести к более длительному периоду адаптации ребенка в школе и к трудностям в усвоении программы. Во многих случаях у

пришедших в школу детей с РАС оказывается несформированным стереотип учебного поведения. В одних случаях это сочетается с выраженным дезадаптивным поведением, в других – выраженного дезадаптивного поведения не отмечается, но ребенок просто «не знаком» с обучающей ситуацией. Поэтому специалистам ПМПК необходимо выяснить, какие навыки, относящиеся к стереотипу учебного поведения, у ребёнка сформированы, а какие нет. Для этого можно использовать шкалы «Методики оценки базовых речевых и учебных навыков» (ABLIS-R).

3. ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ИСКАЖЁННОГО РАЗВИТИЯ

3.1. ДЕТИ С ИСКАЖЕНИЕМ РАЗВИТИЯ ПО ТИПУ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Основными критериями выделения эволютивного аутизма (РДА) 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 выстраивается в соответствии с общими специфическими особенностями поведения и развития, зависящих от уровня дезадаптации ребёнка.

1 группа:

В продуктивный контакт физически не вступают, автономны, поведение близко к полемому, 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.

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. 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.

Не смотря на отдельные умения и простые продуктивные действия, ребёнок не может обучаться по ценовым программам и будет нуждаться в большом количестве специальных образовательных условий. К началу школьного возраста в поведении ребёнка уже имеются определённые стереотипии, стереотипные способы действий. Формируются не только навыки опрятности, но и простейшие бытовые навыки, он привыкает к чёткому режиму. Школьные достижения очень незначительны - в целом ребёнок научается писать, ему легче даётся формальный счёт. Ребёнок удерживается в малой группе, в поведении скорее пассивен. Речь монотонна, развивается в рамках простых эхололий, но могут быть и свои слова-обозначения. В ситуациях выраженного напряжения вновь возникает «птичий» язык. Ребёнок понимает более сложные речевые конструкции, чаще ситуативно обусловленные. Но некоторые дети так и остаются условно безречевыми. С

годами нарастает и становится очевидным когнитивное снижение. В подростковом возрасте появляется больше негативизма, но основные трудности связаны с сохранением ранних аутистических форм поведения.

2 группа:

К возрасту 7,5-8 лет ребёнок по-прежнему с большими трудностями адаптируется в новой ситуации, даже если в дошкольном возрасте была правильно организована коррекционная помощь. Но аффективные реакции уже не столько яркие, достаточно хорошо построен алгоритм продуктивной деятельности. Ребёнок удерживает учебные алгоритмы, очень негибко, в рамках привычных стереотипов. Понимая простую обращённую речь, он может работать по заданным образцам, но требует индивидуальной инструкции. Ему трудно организовать собственную деятельность и поведение при овладении учебным материалом, требуется помощь тьютора. Уровень когнитивного развития неравномерен. Письменная речь даётся с трудом, даже при неплохом понимании устной речи. Как правило, такие дети осваивают варианты АООП 8.3, 8.4. Здесь требуется адекватно подобранное врачом-психиатром медикаментозное лечение для того, чтобы снизить тревогу, аутистические защиты и освободить необходимые ресурсы для психического развития.

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). Наблюдаются огромные трудности в организации поведения ребёнка, которые усугубляются при необходимости следовать элементарным правилам социального поведения. При формально высоком уровне развития речи и интеллектуальных возможностях, ребёнок выглядит нелепо, неадекватно, так не считает социально-эмоциональные контексты, опирается на чисто формальные признаки.

Так как у ребёнка не сформированы границы коммуникации, в начале необходимо установить определённые правила общения. 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. Необходимо помнить, что речь и формальные математические операции не являются показателем уровня познавательного развития. Имеет смысл выявить, понимает ли ребёнок рассказы со скрытым

смыслом, простые метафоры, может ли он встать на место другого. Необходимо оценить степень сформированности модели психического, т.е. сформированность ментальных представлений. Имеет смысл начинать обследование с заданий, связанных со значимой для ребёнка темой, так как в рамках своих интересов он способен к продуктивной деятельности и показывает достаточный уровень работоспособности. Текст инструкций необходимо максимально сократить, структурировать сами задания, использовать наглядные алгоритмы выполнения того или иного задания. Нельзя давать прямых оценок деятельности, так как это может спровоцировать негативизм, неконтролируемую аффективную вспышку.

Важным прогностическим показателем является уровень развития понимания обращённой речи. Это отличает ребёнка с выраженной неравномерностью развития и проблемами в коммуникации от ребёнка с высокофункциональным аутизмом по типу синдрома Аспергера. Чем больше трудностей ребёнок демонстрирует, тем большая адаптация образовательной программы ему требуется. Если к возрасту 7-8 лет в дошкольном возрасте ребёнок не получал грамотно организованную коррекционную помощь и границы взаимодействия не выстроены, не отработаны алгоритмы и правила учебного поведения, то весь первый учебный год он будет испытывать существенные трудности адаптации, не смотря на высокий формальный уровень готовности к школе. Чем больше трудностей в понимании обращённой речи, текстов, условий задач, тем больше нарастает образовательная, а затем и социальная дизадаптация. Эти трудности провоцируют истерики, отказ ходить в школу. Также для благоприятного прогноза в развитии и адаптации необходима медикаментозная терапия.

4 группа:

В контакт вступает не сразу, может демонстрировать чрезмерную застенчивость. Взгляд на лицо собеседника прерывистый, может отвечать полуотвернувшись. Привыкнув, ребёнок может сами 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- покатаь 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. Если ребёнок до школы уже был включён в коррекционную работу, то имеет достаточную базу для овладения программным материалом. Затруднения в налаживании взаимодействия возникают по причине его тревожности, робости, социальной наивности, тормозимости. К 3-4 классу нарастают академические трудности, чаще в математике и русском языке. Причина в трудности понимания развёрнутой речи, символизации, метафоризации, оперировании абстрактными понятиями.

К подростковому возрасту на фоне гормональных перестроек уровень психического ресурса низок, возникают периоды апатичного настроения, ребёнок становится социально неприспособленным. Поэтому часто перед ГИА такого ребёнка переводят на надомную форму обучения. Но это только ухудшает дефицитарную коммуникацию ребёнка, потому недопустимо.

3.2. ДЕТИ С ВАРИАНТАМИ ИСКАЖЕНИЙ РЕГРЕССИВНОГО ХАРАКТЕРА

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. Отмечается начало изменений 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 эхоталличная, примитивная, даже при многолетней логопедической и дефектологической работе остаётся грубо аграмматичной, мало модулированной, интонационно упрощённой. Понимание обращённой речи остаётся существенно затруднённым. К 7-9 годам появляются более гибкие самостоятельные простые, а затем и более развёрнутые фразы. Понимание простой обращённой речи становится почти полным, количество эхоталий сокращается, но речь недостаточно интонированная, громкая, иногда скандированная. Улучшается понимание ситуации, появляется некоторый интерес к общению, поведение уже более предсказуемое и адекватное. Но остаётся грубо недостаточным социальный интеллект, в ответ на перегрузку или фрустрацию сохраняются истерики. Импрессивная речь у некоторых детей достигает нормы. Достигается продуктивность в специфических интересах. К началу школьного возраста клиническая картина тяжёлых вариантов регрессивного и эволютивного аутизма может стать практически идентичной. Высокофункциональные дети проявляют выраженные трудности в организации своей деятельности: быстро пресыщаются, отказываются выполнять задания или делают их неохотно и с низкой продуктивностью, только под контролем взрослого. Низкофункциональные, имеющие грубые нарушения поведения, обучаются на дому. Они импульсивны, страдают эпизодами возбуждения, неконтролируемыми вокализациями.

Ухудшение состояния здесь связано с началом пубертатного периода, примерно с 10 лет. Возрастает негативистичность, появляются дисфории, агрессия, аутоагрессия, грубая провокативность. Лишь 30 % детей без явного ухудшения психического состояния проживают подростковый возраст.

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. 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, 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. При этом речевое развитие может выглядеть хуже, чем формальное интеллектуальное развитие. Через речь можно диагностировать начинающиеся искажения мышления: логические соскальзывания, актуализацию латентных признаков, неологизмы, элементы рассуждательства. Трудности в обучении также связаны с медлительностью, недостатками внимания, неумением следовать алгоритму выполнения заданий, низкой критичностью, аффективными вспышками при неуспехе. К подростковому возрасту подвижность сменяется пассивностью, несамостоятельностью.

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 на приёме автономен и не реагирует на речь, находится в постоянном полевом движении, его внимание трудно привлечь. Ребёнок может быть неговорящим, либо его речь грубо недоразвита. Он импульсивен, может показывать отдельные достижения (например, виртуозно справляться с мобильным телефоном), но они связаны со специфическими сенсорными интересами. 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. Когнитивный уровень возможно оценить только по невербальным заданиям, которые не требуют внутренней речи. В подростковом возрасте обычно поведение ухудшается, возникает агрессия, усиливается присутствовавшая ранее аутоагрессия. При небольшой выраженности таких психомоторных и регуляторно-волевых расстройств подросток может быть подчиняемым, доступным контакту, но он пассивен, зависим от лиц, ухаживающих за ним, эмоционально уплощён и увлечён аутостимуляцией.

Искажения развития с относительно поздним началом выделяется как вариант процессуального заболевания- детской шизофрении. В школьном возрасте при условии медикаментозной терапии ребёнок более или менее социально адаптирован и может обучаться в школе по основной общеобразовательной программе. Далее нарастает эмоциональная специфика, которая влияет на поведение ребёнка и влечёт интеллектуальное снижение разной степени. Отмечается негативная динамика в аффективно-эмоциональной и регуляторно-волевой сферах, формируется типичный

психопатологический 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. С возрастом эта задача усложняется, так как ребёнок становится подозрительным, недоверчивым, может проявлять причудливые страхи, различную патопсихологическую симптоматику (обманы восприятия, психомоторные нарушения).

4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПМПК ПО СОЗДАНИЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ И ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ С РАС

Для преодоления трудностей в освоении адаптированных общеобразовательных программ, успешной социальной адаптации обучающихся с РАС осуществляется их психолого-педагогическое сопровождение на протяжении всего обучения в школе. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с РАС предполагает помощь в овладении содержанием АООП, рекомендованной ПМПК, коррекцию специфических нарушений и формирование жизненных компетенций. Психолого-педагогическое сопровождение (поддержка) обучающихся с РАС регламентируется программой коррекционной работы образовательной организации. Психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с РАС и коррекционная работа – не изолированный блок работы, а составная часть всего образовательного процесса. Коррекционная работа вплетается и пронизывает весь образовательный процесс и осуществляется в рамках урочной и внеурочной деятельности. Основные направления коррекционной работы, специальные образовательные условия рекомендует в своём заключении ПМПК.

Необходимо отметить, что в рамках ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ нормативно закреплены требования к дифференцированным уровням образования внутри категории детей с РАС, на которые должна ориентироваться ПМПК при разработке рекомендаций по специальным образовательным условиям: варианты 8.1; 8.2; 8.3 и 8.4. Это позволяет образовательной организации осуществлять образовательный процесс и психолого-педагогическое сопровождение дифференцировано, с учетом общих и специфических особых образовательных потребностей для отдельных категорий обучающихся с РАС. Вариант АООП 8.1 может быть рекомендован детям с РАС, имеющим формально сопоставимый с нормой уровень психического развития и до поступления в школу имевшим опыт подготовки в группе детей. Рекомендовать обучение по варианту 8.2, целесообразно ученикам, имеющим формально сопоставимый с нормой уровень психоречевого развития, но до поступления в школу не имеющим опыта подготовки в группе детей. Детям с РАС, у которых отмечаются

нарушения интеллектуального развития, значительные нарушения речевого развития, трудности понимания обращённой речи, рекомендуется обучение по варианту 8.3. На основе варианта АООП 8.4 разрабатывается СИПР. Данный вариант предполагает, что у обучающегося с РАС диагностирована умственная отсталость и множественные нарушения развития.

Основные направления психолого-педагогического сопровождения детей, обучающихся по варианту 8.1 АООП НОО для обучающихся с РАС, которые могут быть рекомендованы ПМПК, являются следующие:

- оказание помощи в формировании жизненных компетенций, развитии адекватных отношений между ребёнком, учителями, одноклассниками и другими обучающимися, родителями;

- работа по профилактике межличностных конфликтов в классе, школе, поддержанию эмоционально комфортной обстановки;

- создание условий для успешного овладения учебной деятельностью. Для детей с РАС, которым рекомендуется обучение по вариантам 8.2 и 8.3, в большей степени будут целесообразны рекомендации ПМПК по психолого-педагогическому сопровождению, которое направлено на:

- психолого-педагогическую поддержку;

- развитие жизненных компетенций на основе планомерного введения в более сложную социальную среду;

- поэтапное формирование учебной деятельности и коммуникативного поведения;

- расширение повседневного жизненного опыта, социальных контактов обучающихся с детьми и взрослыми в доступных для них пределах.

Обучение по варианту 8.4 требует от организации разработки специальной индивидуальной программы развития (СИПР), учитывающей индивидуальные образовательные потребности обучающегося. Поэтому, ПМПК может рекомендовать психолого-педагогическое сопровождение обучающихся с РАС, направленное на:

- планомерное введение обучающегося в более сложную социальную среду;

- дозированное расширение повседневного жизненного опыта и социальных контактов обучающегося в доступных для него пределах, в том числе работа по организации регулярных контактов детей со сверстниками и взрослыми;

- развитие жизненных компетенций в разных социальных сферах (образовательной, семейной, досуговой, трудовой и других).

Несмотря на то, что основные условия обучения детей с РАС прописывает ПМПК, определение индивидуальных условий для конкретного ребёнка, а также постановка конкретных целей – функция школьного консилиума (ППк). Все решения по обучению и сопровождению ребёнка с РАС принимаются коллегиально на определённый срок (обычно до конца полугодия) с прописанной ответственностью каждого участника междисциплинарной команды. ППк также вправе принять решение о сопровождении ребёнка с РАС тьютором.

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 занятия. 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, 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 ступень, 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. 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, а так же – 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. Береславская М.И. Приемы организации поведения и обучения детей с РАС, используемые педагогами в начальной школе ФРЦ МГППУ // Аутизм и нарушения развития. 2017. (https://psyjournals.ru/autism/2017/n4/bereslavskaya_full.shtml)
3. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте: Учебное пособие для вузов. - М.: Академический проект; Трикста, 2013.
4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.: Аутичный ребёнок. Пути помощи. Изд.3-е, стер. - М.: Теревинф, 2005.
5. Особенности диагностики детей с расстройствами аутистического спектра. Розова Н.Г.
 - 4.1. <http://ocpmcc.edu35.ru/tospec/tospec244/specdef/598-statii-2015-rozava-spectr>
5. Обследование ребенка с РАС на ПМПК с использованием инструмента критериальной оценки базовых речевых и учебных навыков методики ABLLS-R. Овсянникова Т.М., Лапина С.А., Тыжинова Н.Ю., Бердникова А.А. // Аутизм и нарушения развития. 2018.
6. Семенович М.Л., Манелис Н.Г., Хаустов А.В., Козорез А.И., Морозова Е.В. Описание методики оценки базовых речевых и учебных навыков (ABLLS-R) // Аутизм и нарушения развития. 2015.
7. Береславская М.И. Приемы организации поведения и обучения детей с РАС, используемые педагогами в начальной школе ФРЦ МГППУ // Аутизм и нарушения развития. 2017. Том 15. № 4. С. 26–34. doi:10.17759/autdd.2017150404