

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
«БЕЛГОРОДСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ»

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Методические рекомендации для специалистов ПМПК по определению специальных образовательных условий для детей с РДА

Составители:

Викторова Е.А., педагог-психолог,
директор ОГБУ «Белгородский региональный центр
психолого-медико-социального сопровождения»;

Новаченко Е.В., председатель ЦПМПК,
сурдопедагог ЦПМПК
ОГБУ «Белгородский региональный центр
психолого-медико-социального сопровождения».

Белгород, 2015г.

Содержание:

Специфика определения вариантов специальных образовательных условий для детей с различными вариантами искаженного развития.....	стр. 3
Особенности подбора специальных образовательных условий для детей 1-й группы РДА.....	стр.5
Особенности подбора специальных образовательных условий для детей 2-й группы РДА.....	стр.8
Особенности подбора специальных образовательных условий для детей 3-й группы РДА.....	стр. 11
Особенности подбора специальных образовательных условий для детей 4-й группы.....	стр. 15
Особенности подбора специальных образовательных условий для детей с атипичным аутизмом.....	стр.19

Специфика определения вариантов специальных образовательных условий для детей с различными вариантами искаженного развития

Именно *искажение* наиболее общих законов развития и дало наименование данной подгруппе асинхронного развития.

С известной долей вероятности можно выделить, по крайней мере, три варианта искаженного развития:

1) искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы. Следует отметить, что именно этот вариант **расстройств в литературе имеет название *ранний детский аутизм (РДА)***;

2) искажение преимущественно когнитивной сферы (атипичный аутизм);

3) мозаичные (смешанные) варианты искаженного развития.

По классификации О.С. Никольской, все разнообразие детей с РДА может быть условно отнесено к *четырем группам*, которые различаются спецификой поведения, развития и потребностью в специальных условиях обучения.

Помимо этого специалисты выделяют наиболее общие черты уже сложившегося синдрома этого расстройства:

- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;

- стереотипность в поведении, выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших его изменений; наличие в поведении ребенка однообразных действий — моторных (раскачиваний, прыжков, постукиваний и т.д.), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр; пристрастий к одним и тем же объектам; стереотипных интересов, которые отражаются в разговорах на одну и ту же тему, в одних и тех же рисунках;

- совершенно особые нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица, специфика интонаций), сутью которых является нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации (*Баенская, 2001*).

Помимо этого выделяется и так называемый атипичный аутизм — наличие процессуально-го текущего заболевания, определяемого медиками как «детская шизофрения». В данной ситуации мы вынуждены апеллировать к психиатрической терминологии, однако это не дает специалистам ПМПК права употреблять их в повседневной работе с детьми, их родителями или коллегами-педагогами. В развитии такого ребенка есть свои законы и особенности.

Ниже приведены «неосложненные» описания каждого из вариантов. В реальности каждый из описываемых вариантов имеет множество различных привнесений, особенностей, которые приводят к значительным трудностям отнесения развития ребенка к тому или иному варианту. Наверно поэтому в настоящее время для всех этих категорий детей все больше используется обобщенное (и достаточно шадящее) наименование подобного типа психического развития как *расстройства аутистического спектра (РАС)*.

Совершенно очевидно, что имеются значительные различия в сопровождении и, тем более, в определении специальных образовательных условий для такой огромной по своим проявлениям и особенностям группы отклоняющегося развития.

В основе варианта *искажения преимущественно аффективно-эмоциональной сферы (РДА)* лежит «...тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порогов аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим... стремление стереотипизировать и упрощать эти контакты» (*Эмоциональные нарушения...*, 1990, с. 66).

По классификации О.С. Никольской (1990, 2000), для каждой группы РДА, как уже отмечалось — их четыре, оказывается специфичной сформированность системы аффективной организации поведения и сознания, лежащей в основе аффективно-эмоциональной сферы (*Никольская, 2000*). В данных методических рекомендациях мы рассматриваем обобщенные характеристики детей каждой группы, которые стали все чаще встречаться в деятельности ПМПК.

РДА — это, прежде всего, нарушение психического развития, признаки необычности которого проявляются у этих детей достаточно рано. Даже если врачи оценивают такого ребенка как здорового, с самого рождения опытные специалисты могут увидеть его «особость», признаки искажения норм развития. Это и является одним из основных дифференциально-диагностических критериев, позволяющих разграничивать различные варианты искаженного развития. Для таких детей характерно изменение порогов чувствительности на внешние стимулы, в том числе на силу внешнего раздражителя (гипо- или гиперестезия). Такие дети могут быть как сверхпассивными, неотзывчивыми, так и гипервозбудимыми со склонностью к паническим реакциям даже на несильные воздействия извне. Часто пассивность ребенка производит впечатление спокойности. Характерным для речевого развития является в той или иной степени выраженность стереотипность речи, склонность к словотворчеству и неологизмам. Почти у всех детей становление речи проходит через период эхоталий, встречаются нарушения звукопроизношения, темпа, плавности и других особенностей просодической стороны речи. Нарушение коммуникативной стороны речи как одна из основных проблем этих детей проявляет себя в автономности, недостаточной связи с ситуацией, эгоцентричности, позднем появлении личных местоимений, в особенности местоимений первого лица. С возрастом проявляется все больше различий в особенностях как поведения в целом, так и способов взаимодействия с миром, так и защит, специфичных для детей, относимых к различным группам.

В МКБ-10 это расстройство рассматривается в рамках группы «общие расстройства психологического развития» (F84). Детям могут быть поставлены диагнозы: «детский аутизм» — (F84.0, F84.01, F84.02), «атипичный аутизм» (F84.1). У детей 4-й группы (см. далее) учитель-логопед часто констатирует «общее недоразвитие речи». Детям, условно относимым к 3-й группе, часто выставляется диагноз «синдром Аспергера» — (F84.5), «шизоидная психопатия».

При этом наиболее тяжелые и сложные нарушения эмоционального развития, которые возникают, при раннем детском аутизме и становятся очевидными часто уже к 1,5-2-летнему возрасту ребенка.

Особенности подбора специальных образовательных условий для детей 1-й группы РДА

Типичные особенности раннего развития. Со слов родителей, такой ребенок с раннего возраста поражал окружающих своим «внимательным взглядом, взрослым, осмысленным выражением лица». Он был спокоен, «удобен», рано начинал реагировать на лицо взрослого, отвечать улыбкой на его улыбку, но активно контакта не требовал, на руки не просился.

Родители отмечают, что это был «лучезарный» мальчик», «очень общительный малыш». Он мог спокойно пойти на руки к незнакомому человеку, не появлялся страх чужого. Он активно ничего не требует, «очень удобен» (со слов родителей). В самом раннем возрасте отмечается специфическая чувствительность к сенсорным стимулам повышенной интенсивности, особенно к звукам. Родители отмечают созерцательность ребенка, его «завороженность» отдельными сенсорными впечатлениями.

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

Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность ребенка оценить, как правило, не удастся в силу невозможности установления какого-либо продуктивного контакта с ним.

Характер деятельности, ее целенаправленность также трудно оценить однозначно. Произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль чаще всего вообще невозможно проверить какими-либо диагностическими методами или приемами. Ребенок явно *неадекватен* в поведении и не может быть вписан в какие-либо «шаблоны» адекватности.

Оценить *обучаемость* ребенка также достаточно трудно вследствие уже фиксированных ранее трудностей оценки продуктивности деятельности, но со слов родителей, ребенок «как бы произвольно схватывает на лету» Но произвольно «вызвать» повторение — практически не удается.

Познавательная деятельность. Выявить уровень развития отдельных психических процессов и функций, как правило, чрезвычайно трудно, но часто ребенок демонстрирует блестящую механическую и сенсомоторную память, иногда внезапно (как бы произвольно) может прочитать название или вывеску, начать перечислять предметы и т.п. В целом можно говорить о грубейшей неравномерности в развитии психических процессов, отягощенных искажением не только аффективного развития, но и грубом искажении сферы произвольной регуляции.

Игровая деятельность такого ребенка скорее похожа на перебирание предметов: длительное без пресыщения выстраивание гармоничных узоров из мозаики, аналогичные действия с не игровыми предметами, пересыпание, игры с бликами света.

Эмоциональное реагирование такого ребенка отчасти может быть описано как схо-

жее со способами реагирования, характерными для существенно более раннего возраста. Так ребенок 4-5 лет может «вестись» на приемы, специфичные для выстраивания контакта с детьми совсем раннего возраста (игры в «ку-ку», торможение, раскачивание и т.п.).

Прогноз дальнейшего развития и адаптации таких детей представляется чрезвычайно сложным. Он будет зависеть от своевременности начатой психолого-педагогической и медицинской помощи. Большую роль играет возможность подключения эффективных медикаментозных и дополнительных средств (например, гомеопатия или пищевые добавки) и своевременность начатых коррекционных мероприятий.

Ниже представлены варианты заключений специалистов ПМПК и варианты специальных образовательных условий, рекомендованных для детей 1-ой группы РДА, в том числе при условии их включения в среду обычных сверстников (инклюзивное образование) для детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Дошкольный возраст. 1-я группа РДА

Особенности поведения на ПМПК: поведение «полевое», не откликается на зов, автономен, пассивно уходит от контакта. Заворожен, отрешен от происходящего. Предметы и игрушки не провоцируют его на специфические действия, он просто сбрасывает их на пол, но он, как правило, не смотрит на сам процесс. При попытке взрослого вмешаться в действие пассивно уходит от контакта, «утекает» или не реагирует вовсе. У детей могут возникать признаки удовольствия, смех в ответ на простейшие тактильные ритмичные воздействия по типу раскачивания, кружения и т.п. Взрослый выступает как инструмент для достижения предмета. Часто действует рукой взрослого. Отдельно изредка возникающие слова уходят и не возвращаются, ребенок чаще всего — мутичен.

Заключение психолога: вариант искаженного развития с тяжелыми нарушениями коммуникации.

Направления деятельности психолога: индивидуальные занятия, направленные на «простраивание» алгоритма простого взаимодействия, формирование стереотипных, простейших игровых навыков, их осмысление, растормаживание речи. Консультирование родителей по вопросам организации взаимодействия с ребенком.

Заключение дефектолога: объективный уровень развития познавательной деятельности выявить чаще всего не удастся.

Направления деятельности дефектолога: формирование навыков продуктивного взаимодействия. Развитие сенсорных интеграций. У старших дошкольников — формирование стереотипа поведения и организованной учебной среде.

Заключение логопеда: специфическое системное недоразвитие речи.

Направления деятельности логопеда: формирование навыков простой коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Развитие иных компонентов речи.

Диагнозы по МКБ-10: F84.0, F84.8.

Специальные образовательные условия:

1. Обучение по адаптированной основной образовательной программе (с учетом уровня интеллектуального развития) для детей с нарушением интеллекта / обучение по адаптированной образовательной программе с учетом психофизических особенностей и индивидуальных возможностей ребенка с РАС.

2. Очная форма.

3. Режим — группа кратковременного пребывания.

4. Занятия в системе дополнительного образования и ППМС- центре.

5. Индивидуальные/подгрупповые занятия: с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом

6. Возможно сопровождение тьютором.

7. Срок повторного прохождения ПМПК через 1 год (в ситуации инклюзивного образования) или ранее по усмотрению ПМПк 00.

Дополнительные условия

Наблюдение психиатра.

Школьный возраст. 1-я группа РДА

Особенности поведения на ПМПК: в поведении автономен, пассивно уходит от контакта. На приемы взаимодействия как бы не реагирует, но может повестись на яркий и/или звучащий предмет, музыкальную игрушку. Заворожен, отрешен от происходящего, при этом может быть заинтересован графическими изображениями букв, цифр, читать, как бы мимоходом, вскользь. Высокие пороги сенсорной и тактильной чувствительности. Поведение не регулируется взрослым. Фиксирован на приятных для него ощущениях. Уровень познавательного развития трудно определить.

Заключение психолога: вариант искаженного развития, с грубыми нарушениями коммуникации.

Направления деятельности психолога: работа по выстраиванию элементарных коммуникаций, алгоритмов (простых) продуктивной деятельности. Обучение навыкам альтернативной коммуникации. Консультирование родителей по выстраиванию алгоритмов продуктивной деятельности. Консультирование учителей/воспитателей по учету в образовательном процессе специфики нарушений ребенка.

Заключение дефектолога: познавательное развитие не соответствует возрасту, объективный уровень знаний, умений и навыков выявить не удастся.

Направления деятельности дефектолога: развитие простых стереотипов продуктивной деятельности с использованием методов альтернативной коммуникации и методов поведенческой терапии.

Заключение логопеда: специфическое системное недоразвитие речи.

Направления деятельности логопеда: использование навыков альтернативной коммуникации для развития простой контекстной диалоговой речи. Формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Формирование алгоритмов освоения письменной речи.

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

Специальные образовательные условия:

1. Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе для детей школьного возраста с нарушением интеллекта / для детей с сложным дефектом / обучение по адаптированной образовательной программе с учетом индивидуальных возможностей и особенностей ребенка с РАС.

2. Очная форма / очно-заочная / индивидуальная / классно-урочная.

3. Режим — полный/неполный день на период адаптации / классно-урочная желательна в классе малой наполняемости.

4. Использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов в соответствии с программой.

5. Сопровождение тьютора.

6. Индивидуальные/мини-групповые занятия: с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом. Парциальная интеграция в мини-группу детей во второй половине дня с сопровождением тьютора (ассистента (помощника) в соответствии с ИПР), возможная также в рамках дополнительного образования.

1. Срок повторного прохождения Г1МПК через 1 год (в ситуации инклюзивного образования) или по запросу ПМПК 00.

Дополнительные условия

Наблюдение психиатра/невролога.

Особенности подбора специальных образовательных условий для детей 2-й группы РДА

Особенности раннего развития детей так называемой 2-й группы протекают куда более драматично, и проблем, связанных с уходом за такими детьми, значительно больше. Они активнее, требовательнее в выражении своих желаний и неудовольствия, избирательнее в первых контактах с окружающим миром, в том числе и с близкими.

Уже в раннем возрасте у детей с данным вариантом развития проявляются достаточно сложные и разнообразные стереотипные формы аутостимуляции. Наиболее ранние и частые из них — раскачивания, прыжки, потряхивания ручками перед глазами. Ребенка начинает привлекать скрипение тубами, игра с языком, он как бы занимается поиском особых тактильных ощущений, возникающих от раздражения поверхности ладони, от фактуры бумаги, ткани, сжимания целлофановых пакетов, верчения колесиков и т.п.

Нередко выраженный дискомфорт и страх может вызывать даже умеренный раздражитель (прикосновение к голове, капля сока или воды на коже). В большинстве случаев отмечаются упорные страхи горшка, мытья головы, стрижки ногтей, волос и т.п.

Внешний вид, специфика поведения. Внешне такие дети выглядят как наиболее страдающие — они напряжены, скованы в движениях, но при этом демонстрируют стереотипные аутостимулирующие движения, может проявляться двигательное беспокойство, в том числе стереотипные прыжки, бег по кругу, кружение, пронзительный крик и страх войти в кабинет. Речь — эхολаличная и стереотипная, со специфичной скандированностью или монотонностью, часто не связанная по смыслу с происходящим. Речевые стереотипии могут выглядеть и как повторение одного и того же фрагмента или выступать как аутостимуляция звуками («тики-тики», «диги-диги» и т.п.).

Темповые характеристики деятельности, работоспособность или критичность оценить у детей достаточно трудно, так как малейшее напряжение вызывает усиление стереотипий, эхολалий и других способов аутистической защиты.

Характер деятельности — произвольность регуляции собственных действий и целенаправленность, самоконтроль труда проверить. Ребенок захвачен собственными стереотипными способами аутистической защиты. При этом вмешаться в деятельность ребенка возможно лишь подключившись к его стереотипиям. Таким образом, удастся удержать простые ало ритмы деятельности, заданные взрослым.

Оценить *обучаемость* ребенка также достаточно трудно, вследствие трудностей организации продуктивной деятельности. Часто (со слов родителей) ребенок обучается бытовым и социальным навыкам, но жестко привязывает их к конкретным ситуациям, и они не переносятся в какие-либо другие ситуации. У такого ребенка отмечается значительная неравномерность, и специфика в развитии психических процессов. Восприятие фрагментарно, избирательно, речь эхολалична, часто не привязана к контексту и стереотипно скандирована или монотонна, нередко «отраженная», часто не связана по смыслу с происходящим. Задания конструктивного плана выполняет механистично, часто, даже после пяти лет, действуя методом проб и ошибок.

Игровая деятельность чаще всего представляет долгое стереотипное «зависание» на отдельных манипуляциях. Для такого ребенка типично выстраивание предметов рядами, стереотипные действия с предметами, возможно и достаточно сложные. Фактически невозможна никакая игровая символизация.

Особенности эмоционального развития. Отмечается большая чувствительность и ранимость в контактах, непереносимость визуального контакта, хотя ребенок «пораннему» выражает свои переживания, часто переходит на крик, реже на аутоагрессию. Недоступно считывание контекста ситуации, но ребенок как бы чувствует «эмоциональный знак» ситуации.

Прогноз дальнейшего развития и адаптации будет зависеть как от своевременности

сти начатой психолого-педагогической, так и медицинской, в том числе медикаментозной помощи, и включенности семьи в коррекционную работу. При этих условиях возможно формирование различных новых бытовых и учебных стереотипов, что позволяет подготовить ребенка к включению в мини-групповую деятельность. При анализе условий, необходимых для адаптации ребенка 2-й группы в образовательной организации, необходимо учитывать, что такой ребенок трудно адаптируется в любой новой ситуации и при любых изменениях старой ситуации легче себя чувствует в привычной, Предсказуемой обстановке. Среди условий можно выделить необходимость постоянного присутствия с ребенком специалиста сопровождения (тьютора) при посещении группы детей, дозирование времени пребывания в группе.

Дошкольный возраст. 2-я группа РДА

Особенности поведения ребенка на ПМПК: ребенок неадекватен, напряжен, активно избегает контакта, неадекватен, демонстрирует множество моторных или речевых стереотипий, испуган, могут наблюдаться проявления агрессии и аутоагрессии, демонстрирует стереотипные движения, двигательно беспокоен, стереотипно прыгает, бежит по кругу, кружится и т.п. Речь эхολаличная и стереотипная, со специфичной скандированностью. Может демонстрировать и достаточно сложные ритуалы, которые ребенок воспроизводит в определенных ситуациях, они выглядят нелепо, неадекватно.

Заключение психолога: вариант искаженного развития с поведенческими нарушениями и выраженными стереотипиями.

Направления деятельности психолога: индивидуальные занятия с психологом по «протраиванию» алгоритма простой продуктивной деятельности, формирование стереотипных игровых навыков, имитации. Использование методов поведенческой терапии. Консультирование родителей по вопросам организации взаимодействия с ребенком.

Заключение дефектолога: познавательное развитие неравномерно и не соответствует возрасту.

Направления деятельности дефектолога: формирование навыков продуктивного взаимодействия. Развитие сенсорных интеграций. Формирование продуктивной деятельности и взаимодействия на предметном, игровом материале. Для детей старшего дошкольного возраста — формирование стереотипа поведения в организованной/ учебной среде / формирование предпосылок учебной деятельности.

Заключение логопеда: специфическое системное недоразвитие речи, эхολалии.

Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации. Развитие понимания обращенной речи. Включение эхολалий в диалоговые формы речи, алгоритмов произвольного высказывания. Развитие и коррекция всех компонентов речи. *Диагнозы по МКБ-10:* F84.0, F84.4.

Специальные образовательные условия:

1. Обучение по адаптированной основной образовательной программе для детей дошкольного возраста с ЗПР с учетом психофизических особенностей и индивидуальных возможностей ребенка с РАС обучение по АОП с учетом психофизических особенностей и индивидуальных возможностей ребенка с РАС.

2. Режим — группа кратковременного пребывания

3. Занятия в системе дополнительного образования.

4. Индивидуальные занятия: с педагогом-психологом, учителем логопедом, учителем-дефектологом.

5. Сопровождение тьютора.

6. Срок повторного прохождения ПМПК через 1 годили по запросу у ПМПк 00.

Дополнительные условия

Наблюдение психиатра.

Школьный возраст. 2-я группа РДА

Особенности поведения на ПМПК: в поведении неадекватен. Напряжен, демонстрирует множество моторных или речевых стереотипий, испуган, могут наблюдаться проявления агрессии и аутоагрессии. Контакт с чужим человеком избегает. Наблюдается чрезмерная чувствительность к сенсорным стимулам. Речь эхολаличная, может быть уже достаточно развернутой, состоять из цитат и шаблонов. Часто к школьному возрасту, а то и раньше умеет механически читать, прочитанного, как правило, не понимает, но читает бегло. Обычно имеет навыки элементарного счета. Диагностическим процедурам доступен с трудом. Уровень развития психических функций, как правило, неравномерно недостаточен.

Заключение психолога: вариант искаженного развития с поведенческими нарушениями и стереотипиями.

Направления деятельности психолога: выстраивание элементарных коммуникаций, стереотипов учебной деятельности и взаимодействия с сверстниками. При необходимости — обучение навыкам альтернативной коммуникации. Консультирование родителей по выстраиванию отношений с ребенком. Консультирование учителей/ воспитателей по учету специфики особенностей ребенка в образовательном процессе.

Заключение дефектолога: неравномерность развития познавательной деятельности на фоне искажения эмоционально-волевой сферы. Программный материал (указать программу) не усваивает/усваивает частично.

Направления деятельности дефектолога: развитие простых стереотипов продуктивной деятельности и умение работать по алгоритму. Помощь в овладении АООП/АОП.

Заключение логопеда: специфическое (системное?) нарушение речи (указать степень).

Направления деятельности логопеда: формирование навыка коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Развитие всех компонентов речи.

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

Специальные образовательные условия:

1. Инклюзивное обучение в среде обычных сверстников не рекомендовано.
2. Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе для детей школьного возраста с нарушением интеллекта / для детей с сложными дефектами / обучение по адаптированной образовательной программе с составлением ИУП с учетом индивидуальных возможностей и особенностей ребенка с РАС.
2. Очная форма / очно-заочная / классно-урочная форма / надомная.
3. Режим — полный/неполный день / классно-урочная форма / организация обучения на дому или желательно в классе малой наполняемости / с использованием дистанционных технологий.
4. Использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов в соответствии с программой.
5. Сопровождение тьютора.
6. Индивидуальные занятия: с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом. Парциальная интеграция в мини-группу детей во второй половине дня с сопровождением тьютора (ассистента в соответствии с ИПР).
7. Срок повторного прохождения ПМПК по запросу ПМПК ОО.

Дополнительные условия

Наблюдение психиатра.

Особенности подбора специальных образовательных условий для детей 3-й группы РДА

Специфичным для *раннего развития* детей 3-й группы является снижение порогов восприятия — возникает так называемая «сенсорная ранимость». В первые месяцы жизни наблюдается беспокойство, напряженность. Отмечается повышенный мышечный тонус. Двигательное беспокойство ребенка может сочетаться с «нечувствованием» опасности края. При этом онтогенетически типичный страх чужого лица в определенном возрасте порой не возникает вообще. Ребенок рано выделяет близких, но именно для родителей этих детей характерны тревоги относительно эмоциональной адекватности и эмоциональной «отдачи» ребенка. Он как бы дозирует свое общение. Когда ребенок начинает ходить, он порывист, экзальтирован и не видит препятствий на пути к желаемому впечатлению. Иногда возникает впечатление бесстрашия ребенка.

Такой ребенок и в речевом отношении может опережать сверстников. Так, первые слова нередко появляются до года, быстро растет словарь, фраза быстро становится правильной и сложной. Речь малыша удивляет своей взрослостью. Однако уже в этот период родители отмечают, что, несмотря на «раз витую» речь, поговорить с ним невозможно. При этом речь активно используется для аутостимуляции: они, в более старшем возрасте, «дразнят» близких, произнося «плохие» слова. Речь остается эхололичной и стереотипной. Уже в возрасте до трех лет для ребенка характерны длинные монологи на аффективно значимые для него темы, использование штампов и цитат. Характерно и повышенное внимание к собственно звуковой стороне слова.

Внешний вид и особенности поведения. Дети 3-й группы демонстрируют псевдообращенность к собеседнику, выражение «энтузиазма». В то же время именно речевая деятельность привлекает внимание своей спецификой: оторванностью от конкретной ситуацией, маломодулированностью, иногда скандированностью, как правило, на высоких тонах. Внешне обращает на себя внимание стеничность, выражение энтузиазма, но для ребенка взрослый выступает не как субъект общения, а лишь как «реципиент» его интеллектуальной продукции. У детей этой группы феноменологическая картина порой ошибочно производит более благоприятное впечатление с точки зрения коммуникации ребенка и уровня его развития. Именно у таких детей часто выявляют варианты парциальной одаренности. Такие дети часто выглядят как захваченные своими собственными стойкими интересами, и их родители обращаются уже не за помощью вследствие отставания в общем развитии ребенка, а в связи с трудностями во взаимодействии с таким ребенком, его конфликтностью, невозможностью уступить, непонимания правил социума в целом, резкой дезадаптацией в среде сверстников. Именно таким детям чаще всего ставится ошибочный диагноз — «гиперактивность с дефицитом внимания».

Дети моторно неловки, отмечаются нарушения мышечного тонуса, недостаточность координации движений, трудности «вписывания» в пространство. Бытовая непригодность, невозможность выработать простые навыки самообслуживания не соответствует интеллектуальному уровню (как показатель именно искажения). Эти дети часто оживлены, многословны, громки. Создается ощущение их активности и деятельности, хотя, и продуктивность деятельности, и ее темп, и работоспособность чаще всего не соответствуют возрасту. Активны и неутомимы эти дети исключительно в сфере своих стереотипных интересов. Их речь на «излюбленные» темы становится быстрой, движения энергичными. Ребенок много жестикулирует.

Все компоненты *произвольной регуляции* у таких детей оказываются развиты явно недостаточно. Они не в состоянии соотносить свое поведение и регулировать его в соответствии с требованиями окружающей обстановки (ситуации). В рамках своих стереотипных переживаний и нечасто возникающих поведенческих ритуалов программа такой деятельности удерживается, но очень негибко. Их трудно обучить моторным навыкам, в т.ч.

простым графическим навыкам письма.

Дети демонстрируют неадекватность (различной степени выраженности) даже в процессе доброжелательного взаимодействия. Их развернутая речь и соответствующая ей деятельность не ориентированы на реакцию собеседника, оторваны от ситуации взаимодействия, от ее темы и контекста.

Критичность детей также снижена. Их вообще мало интересует собственно результативность какой-либо деятельности, в особенности в тех случаях, когда они оказываются «заряженными» самим процессом выполнения задания. Чаще они просто «не слышат» задач, которые ставит перед ними взрослый, ошибок своих они не замечают и могут «убежденно» отстаивать (но без критики) свое решение.

Обучаемость. Отмечается выраженная неравномерность развития психических функций. Эти дети могут легко усваивать сложные вещи (например, сложные виды вычислений или чтение сложных по своей структуре текстов), но в то же время с трудом обучаются элементарным навыкам (как то: графическим навыкам, навыкам самообслуживания, включая даже завязывание шнурков и т.п.). И у этих детей наблюдаются выраженные трудности обучения, связанные с пониженным уровнем условностей, скрытого смысла рассказов, подтекстом и метафоризации в подаче материала.

Также отмечается и своеобразие *познавательной сферы*. Это очень «вербальные» дети, их речь изобилует книжными цитатами, сложными малочастотными словами. Развитие мыслительной деятельности наиболее искажено. Ребенок может понять закономерности и причины того или иного и, в то же время, не соотносить все это с действительностью. Могут наблюдаться и легкие проявления искажения мыслительной деятельности. Чаще всего отмечается хорошая слухоречевая память.

Игра у таких детей вообще представлена недостаточно. Нередко встречается одержимость «игровым занятием», которую очень трудно прервать. При этом (особенно в раннем возрасте) отдается предпочтение неигровым предметам. Крайне затруднено игровое замещение предметов. Иногда возможны длительные игровые перевоплощения (в основном, в животных). Часто подобные перевоплощения носят навязчивый и некритичный характер.

Особенности эмоционального развития. На первый план у этих детей выступает невозможность организовать полноценную и адекватную коммуникацию с окружающими (порой одинаково трудно организовать общение и с детьми, и со взрослыми).

Эмоциональная сфера отличается выраженной спецификой: буквальное понимание образных выражений, принятие всего на веру, определенная наивность, доходящая до гротескной, непонимание юмора и шуток, метафоричности высказываний и выражений. Значительные трудности ребенок испытывает при необходимости «считывания» ситуации в целом, понимания эмоций и чувств окружающих его людей. При этом ребенок часто ориентируется на оценку фрагментарных характеристик общения или настроения — так, громкий голос может для него означать, что человек сердится, вне зависимости от эмоциональной окрашенности сообщения, сказанного этим громким голосом и т.п.

При этом детей можно чисто внешне охарактеризовать как эмоционально «стеничных», упорных, активных и энергичных детей, хотя их преимущественно речевая активность носит своеобразный аутостимуляционный характер. На самом деле и эти дети уязвимы к неожиданным изменениям ситуации подвержены страхам, только их тревога проявляется в подобных «активных» формах. Такой ребенок по-своему сильно привязан к близким, хотя в быту именно с близкими складываются у него непростые, зачастую «провакационные» отношения.

Дошкольный возраст. 3-я группа РДА

Особенности поведения на ПМПК: в поведении нелеп, неадекватен, бездистантен, сверхзахвачен своими собственными, стойкими стереотипными интересами. Контакт есть,

он активный и абсолютно формальный. Речь стереотипная, часто штампованная. Демонстрирует псевдообращенность к собеседнику, оживление, которое носит несколько механистичный характер, что может оцениваться как высокое интеллектуальное развитие, речь взрослая, может быть с большим запасом слов.

Заключение психолога: вариант искажения с выраженной неравномерностью формирования психических сфер.

Направления деятельности психолога: занятия по развитию самовосприятия, элементарной саморегуляции, формированию социально-эмоциональной коммуникации, обучение пониманию эмоций другого человека в рамках предметно-игровой деятельности. Консультирование родителей по вопросам организации взаимодействия с ребенком.

Заключение дефектолога: познавательное развитие характеризуется неравномерностью / не соответствует возрасту.

Направления деятельности дефектолога: формирование навыков продуктивного взаимодействия. Формирование продуктивной деятельности по алгоритму. Для детей старшего дошкольного возраста — формирование алгоритмов (предпосылок) учебной деятельности на соответствующем материале.

Заключение логопеда: специфическое развитие речи, просодической стороны речи.

Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания, коммуникативной функции речи.

Диагнозы по МКЕ-10: F84.12, F84.5.

Специальные образовательные условия:

1. Обучение по адаптированной основной образовательной программе для детей с тяжелыми нарушениями речи с учетом специфики развития ребенка с РАС / обучение по адаптированной образовательной программе с учетом индивидуальных особенностей и возможностей ребенка с РАС.

2. Очная форма.

3. Режим — полный/неполный день.

4. Занятия в системе дополнительного образования.

5. Индивидуальные/подгрупповые занятия: с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом.

6. Сопровождение тьютора.

7. Срок повторного прохождения ПМПК по запросу ПМПк 00.

Дополнительные условия

Сопровождение психиатра.

Школьный возраст. 3-я группа РДА

Особенности поведения на ПМПК: в поведении часто неадекватен, может быть бездистантен. Легко возбуждается, совершенно не соблюдает границ взаимодействия. Двигательно расторможен, суетлив, захвачен своими собственными, стереотипными интересами. Контакт со взрослым формальный. Речь стереотипная, часто достаточно сложная, специфически модулированная, монотонная или, наоборот, слишком высокая. Уровень развития психических функций выражено неравномерен. Может демонстрировать парциальные способности.

Заключение психолога: вариант искажения с выраженной неравномерностью формирования психических сфер.

Направления деятельности психолога: индивидуальные и групповые занятия по формированию самовосприятия и восприятия других, развитию навыков взаимодействия в среде сверстников и взрослых. Консультирование родителей по способам расширения социальной компетентности детей. Консультирование учителей/воспитателей по учету специфики особенностей ребенка в образовательном процессе.

Заключение дефектолога: неравномерность развития познавательной деятельности

на фоне искажения эмоционально-волевой сферы. Программный материал усваивает / не усваивает / усваивает неравномерно.

Направления деятельности дефектолога: формирование алгоритма продуктивной деятельности, в том числе и учебной. Помощь в овладении ООП/АОП/АООП.

Заключение логопеда: специфическое нарушение речи у ребенка с РАС. Специфические трудности овладения процессами письма и чтения.

Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Работа над пониманием прочитанного.

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

Специальные образовательные условия:

1. Обучение по основной общеобразовательной программе / обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе для детей с тяжелыми нарушениями речи, с составлением ИУП, с учетом психофизических особенностей и возможностей ребенка / обучение по адаптированной образовательной программе с учетом психофизических особенностей и возможностей ребенка с РАС.

2. Очная форма / классно-урочная форма / надомная. Щадящий режим пребывания в школе (дополнительный выходной день, сокращение общей нагрузки во времени и т.п.).

3. Режим полный/неполный день, желательно в классе малой наполняемости. При выраженных нарушениях поведения — организация обучения на дому / с использованием дистанционных технологий.

4. Использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов в соответствии с программой с опорой на визуализацию материала.

5. Сопровождение тьютора.

6. Индивидуальные/групповые занятия: с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом.

7. Срок повторного прохождения ПМПК по запросу ПМПк 00, (при переходе на другой уровень образования).

8. Посещение групповых занятий по программам дополнительного образования.

Дополнительные условия

Наблюдение психиатра.

Особенности подбора специальных образовательных условий для детей 4-й группы

Для детей этой группы характерна чрезвычайная тормозимость, пугливость (особенно в контактах), ощущение несостоятельности, необходимость постоянной поддержки со стороны взрослых. Родители, приходящие с этими детьми, чаще жалуются не на трудности эмоционального контакта, а на задержку психического развития в целом. Существовавши, что дети этой группы, несмотря на аутистическую «болезненность» контактов с окружающими, пытаются все же строить правильные формы поведения в обществе. Но поскольку это происходит на фоне трудностей адекватного «эмоционального гнозиса» (восприятия и эмоциональной оценки выражения лица) — это значительно усложняет их адаптацию.

Внешний вид, специфика поведения. Для детей чаще характерна физическая хрупкость, болезненность внешнего вида. Они выглядят скованными, их движения неловки и угловаты. Для них характерна вялость, замедленность речи, проблемы плавности речи, в частности, ее просодической стороны — монотонна, интонационно мало окрашена, иногда на высоких тонах. Взгляд на лицо взрослого прерывистый, они могут отвечать полукругом от взрослого («удерживая» его в периферических полях зрения), но в то же время в целом производят впечатление патологически робких и застенчивых. В поведении бросается в глаза отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайная кратковременность) контакта «глаза в глаза», невозможность установить эмоциональный контакт с окружающими, чрезмерная зависимость, привязанность к матери. В тревожащих ребенка ситуациях начинают проявляться двигательные стереотипии (преимущественно руками) или речевые стереотипии, всегда усиливающиеся в сложных, незнакомых ситуациях.

Дети замедлены в своей деятельности, застревают в ней, отвечают с большой отсрочкой (латенцией), нередко невпопад. Работают, как правило, тщательно, как бы боясь что-либо сделать неправильно. Поощрение зачастую вызывает ускорение деятельности. Темп деятельности пропорционален зависимости от взрослого, боязни ошибиться.

В целом эти дети демонстрируют относительную *адекватность* по отношению к предлагаемым заданиям, хотя часто излишне тревожны, легко тормозимы, требуют поддержки со стороны близких. На фоне волнения и неуверенности часто возникают двигательные (реже речевые) стереотипии. В то же время собственно в общении, оценке ситуаций, в особенности юмористического или переносного ее подтекста, оценке эмоционального состояния окружающих, практически в любой ситуации взаимодействия и с детьми, и со взрослыми они оказываются *выражение неадекватными*.

Им свойственна чрезмерная *критичность*, особенно по отношению к результатам собственной деятельности, хотя порой как и дети с тотальным недоразвитием, они скорее будут ориентироваться на оценку взрослого, чем на собственно результат своей деятельности.

Обучаемость ребенка может быть достаточной в том случае, когда педагог понимает особенности ребенка и знает о трудностях восприятия им фронтальной инструкции. Часто обучаемость бывает несколько замедлена, не только в силу стереотипности, инертности деятельности, но и за счет специфики речевого развития и понимания условностей, невозможности понять метафоризации в подаче материала, свойственной шиной культуре, общим трудностям понимания контекста ситуации.

Основным в квалификации их *познавательной деятельности* является то, что часто возникает ощущение, непонимания ребенком инструкции и потребности (иногда неоднократным) ее повторения. При этом невербальные (перцептивно-действенные и перцептивно-логические) задания могут выполняться достаточно хорошо. Это часто и является причиной диагностической ошибки и квалификации состояния ребенка как традиционной ЗПР (или ОНР). Часто отмечаются трудности целостного восприятия, фрагментар-

ность зрительного восприятия. Налицо проблемы речевого развития: речь бедна, аграмматична, но эти аграмматизмы — нетипичные для ОНР - чаще в роде и числе, имеются нарушения и звукопроизводительной стороны речи. Наблюдаются и трудности работы с вербально организованным материалом, а также трудности интерполяции и предвосхищения, дословное понимание метафор, образных выражений, недоступность понимания скрытого смысла и подтекстов тех или иных рассказов, пословиц, поговорок. За счет сниженных операциональных характеристик деятельности и общей вялости ребенка возможны и иные негативные проявления при исследовании познавательной деятельности такого ребенка.

Для ребенка дошкольного возраста фактически невозможна *игра* со сверстниками, но есть «игра рядом». В то же время, нельзя говорить и об отсутствии потребности в совместной игре. Дети в игре робки, часто очень формально следуют правилам, чем и раздражают сверстников, а это, в свою очередь, усиливает неуверенность в коммуникациях и увеличивает уязвимость ребенка. В игре с трудом учитывается обратная связь (как эмоциональная, так и сюжетная).

Естественно, что отмечаются специфические особенности и *эмоционального развития* детей — повышенная ранимость, тревожность, неуверенность в себе, тормозимость, которая как бы «прикрывается» внешней отрешенностью. Специфично и наличие страхов, в т.ч. конкретных (страх громкого голоса, внезапного, пусть даже и негромкого звука). Почти всегда наблюдается сверхзависимость от матери, реже от какого-либо другого близко связанного с ним человека. Дети очень привязываются к специалистам, которые с ними занимаются, глубоко переживают прекращение занятий, страдают от этой разлуки. Их можно охарактеризовать, как эмоционально «астеничных», утомляемых. Основным радикалом этого варианта отклоняющегося развития следует считать огромные трудности организации продуктивного взаимодействия при одновременном наличии выраженной потребности в общении.

Прогноз дальнейшего развития и адаптации будет зависеть от огромного числа не столько объективных факторов, сколько собственных ресурсных возможностей ребенка. Большую роль играет подбор эффективной медикаментозной терапии и своевременность начатого лечения. При благоприятных обстоятельствах и оптимально созданных условиях дети могут достаточно успешно закончить среднюю общеобразовательную школу.

При анализе условий, необходимых для адаптации в образовательном учреждении, необходимо учитывать, что такой ребенок трудно адаптируется в любой новой ситуации и при ее изменении легче себя чувствует в привычной, предсказуемой обстановке, поэтому лучше ведет себя на уроке, чем на перемене. Такие дети имеют трудности восприятия фронтальных инструкций и заданий, но даже в случае индивидуализации задания часто не демонстрируют то, что мы понимаем, как внимание. При ответах наблюдается латентность, иногда, наоборот, — мгновенность, по сравнению с другими детьми. Ребенок имеет очень неровный темп и продуктивность деятельности в целом. Поэтому и нуждается в индивидуализации учебного плана.

Часто необходимо подключение медикаментозной терапии, которую может назначить и проводить исключительно врач-психиатр. Важно, чтобы все специалисты одинаково понимали сущность проблем такого ребенка, что позволит им эффективно взаимодействовать между собой.

Дошкольный возраст. 4-я группа РДА

Особенности поведения на ПМПК: наблюдается отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайно кратковременность) контакта «глаза в глаза», невозможность установить эмоциональный контакт с окружающими, чрезмерная зависимость, привязанность к матери. В тревожащих ситуациях — двигательные или речевые стереотипии. Ребенок повышенно раним, тормозим в контактах, не «считывает» эмоциональный контекст ситуа-

ции. В речи встречаются эхолалии, ошибки употребления местоимений.

Заключение психолога: вариант искажения с неравномерностью психического развития (IV группа).

Направления деятельности психолога: работа по формированию социально-эмоциональной коммуникации. Групповые занятия коммуникативно-творческой направленности.

Заключение дефектолога: познавательное развитие специфически неравномерно соответствует / не соответствует возрастным нормативам.

Направления деятельности дефектолога: формирование алгоритмов продуктивной деятельности, предпосылок учебной деятельности.

Заключение логопеда: специфическое недоразвитие речи (по типу ОНР 3-го уровня).

Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Развитие и коррекция всех компонентов речи.

Диагнозы по МКБ-10: F84.0, F84.11, F84.12.

Специальные образовательные условия:

1. Обучение по основной образовательной программе с составлением ИУП с учетом психофизических особенностей и индивидуальных возможностей ребенка с РАС / обучение по адаптированной основной образовательной программе для детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи / обучение по адаптированной образовательной программе с учетом психофизических особенностей и индивидуальных возможностей ребенка с РАС.

2. Очная форма.

3. Режим — полный/неполный день.

4. Индивидуальные/групповые занятия: с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом.

5. Срок повторного прохождения ПМПК по запросу ПМПк ОО.

Дополнительные условия

Наблюдение невролога/психиатра.

Школьный возраст. 4-я группа РДА

Особенности поведения на ПМПК: повышенно раним, тормозим, неадекватен и избирателен в контактах. Не «считывает» эмоциональный контекст ситуации. Голос тихий, монотонный, или высокий, мало модулированный. Визуальный контакт крайне кратковременный. В речи встречаются эхолалии, ошибки употребления местоимений. В случаях затруднений или страха — возникают речевые или моторные стереотипии, поведение становится менее адекватным. Доступен обследованию, демонстрирует свои школьные навыки, но делает это медленно, очень неуверенно, нуждается в поддержке со стороны взрослого. Понимание чувств и мыслей другого человека — фактически недоступны. Уровень развития психических функций неравномерен.

Заключение психолога: вариант искажения с неравномерной недостаточностью психического развития.

Направления деятельности психолога: индивидуальные и групповые занятия с психологом по формированию самовосприятия и восприятию других, развитию, навыков взаимодействия в среде сверстников и взрослых. Консультирование родителей по способам расширения социальной компетентности детей. Консультирование учителей/воспитателей по учету специфики особенностей ребенка в образовательном процессе.

Заключение дефектолога: специфическая неравномерность развития познавательной деятельности на фоне искажения эмоционально волевой сферы. Программный материал усваивает / усваивает не и полном объеме.

Направления деятельности дефектолога: формирование алгоритма продуктивной

деятельности, в т.ч. учебной, помощь в усвоении ООП / АОП / АООП.

Заключение логопеда: специфическое нарушение письменной речи / нарушение процессов овладения письмом и чтением (на уровне осмысления).

Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Коррекция нарушений письменной речи. Работа над пониманием смысла прочитанного.

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

Специальные образовательные условия:

1. Обучение по основной общеобразовательной программе (с составлением ИУП) / обучение по адаптированной образовательной программе с учетом психофизических особенностей и возможностей ребенка с РАС / при наличии тяжелых нарушений речи — обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе для детей с тяжелыми нарушениями речи с учетом психофизических особенностей и возможностей детей с РАС.

2. Форма обучения: очная/классно-урочная.

3. Режим — полный/неполный день / классно-урочная форма (желательно в классе малой наполняемости).

4. Использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов в соответствии с программой с опорой на визуализацию материала.

5. Сопровождение тьютора на период адаптации.

6. Индивидуальные/групповые занятия: с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом.

7. Срок повторного прохождения ПМПК по запросу ПМПк 00.

Дополнительные условия

1. Наблюдение психиатра/невролога.

2. Щадящий режим пребывания в школе (дополнительный выходной день или сокращение общей нагрузки во времени и т.п.).

3. Посещение групповых занятий по программам дополнительного образования.

Особенности подбора специальных образовательных условий для детей с атипичным аутизмом

Психическое развитие детей с *атипичным аутизмом* \ (*искажением преимущественно когнитивной сферы*) по многим проявлениям схоже с вышеописанным вариантом искаженного развития. Следует понимать, что под этим вариантом отклоняющегося развития, в первую очередь, понимается наличие процессуального, «текущего» заболевания, определяемого медиками как «детская шизофрения» (Башина, 1989). В данной ситуации мы вынуждены апеллировать к психиатрической терминологии и понятиям, поскольку в языке клинической психологии не существует на настоящий момент специальных терминов, обозначающих данное или близкие к нему состояния. Мы глубоко убеждены, что психолог, не только клинический, но и психолог образования должен знать основы детской психиатрии, но не должен ни в своей повседневной деятельности, ни с самими детьми, ни с их родителями, ни с коллегами-педагогами употреблять психиатрической терминологии.

Основным диагнозом врача-психиатра в этом случае будет какой-либо диагноз из рубрики F20.8 (детская шизофрения). Может встречаться и такая квалификация, как F25 (шизоаффективные расстройства), а также диагноз, относящийся I к рубрике «Общее нарушение психического развития»: F84.1 (синдром Аспергера). В связи со значительным разнообразием форм, степеней выраженности и динамики течения данного варианта дигенеза в настоящей работе приводится описание наиболее типичных особенностей развития детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста, с которыми с наибольшей вероятностью работают специалисты ПМПК (когда необходимо решение непосредственно образовательных, но не лечебных задач). Описание специфики тех или иных проявлений, начиная со специфики внешнего вида и заканчивая особенностями эмоционально-личностной сферы и прогноза развития, приводятся с учетом вышеизложенных ограничений (исходя из предположения, что описываемый вариант искаженного развития обладает минимальной динамикой (проградиентностью) нарастания дефекта). Мы отдаем себе отчет, что при таком подходе к описанию недостаточно учитывается динамика состояния, возраст ребенка и стаж его заболевания, что создает некоторую «статичность» картины состояния. Безусловно, при углубленном психологическом обследовании учет всех этих факторов и особенностей анамнеза является обязательным для эффективного анализа результатов и постановки окончательного психологического диагноза.

Трудности оценки состояния данной категории детей порой не только психологической, но и психиатрической квалификации заключаются в том, что в большинстве случаев для окончательной верификации состояния ребенка как варианта *искажения преимущественно когнитивной сферы* часто бываю недостаточно однократной (пусть даже и достаточно длительной) встречи с ребенком. Чаще всего требуется наблюдение за его поведением в различных как учебных, так и внеучебных ситуациях на протяжении определенного времени, фактически своеобразного «диагностического срока».

Основным и специфичным показателем, отличающим данный вариант искаженного развития от *искажения развития преимущественно аффективно-эмоциональной сферы* (истинного РДА), является период нормативного (во многих случаях даже опережающего) психоречевого и собственно когнитивного (познавательного) развития. Достаточно часто именно при этом варианте отклоняющегося развития существует как бы «спусковой механизм» или момент начала (называемого психиатрами «манифестацией»), от которого родители и «отсчитывают» начало изменений в ребенке. Таким провокатором чаще всего являются какие-то внешние события (испуг ребенка, укус собаки или тяжелое инфекционное заболевание, прививка, любое другое сомато- или психотравмирующее воздействие, в т.ч. помещение в детский сад или разлука с близким человеком). Именно после

этого как бы провоцирующего момента и возникают более или менее отчетливые изменения в поведении ребенка, а в дальнейшем и в познавательной, и в аффективно-эмоциональной сферах. В то же время подобные изменения в ряде случаев могут начаться и постепенно, без действия каких-либо внешних факторов. С точки зрения динамики непосредственно познавательного развития, как правило, более развитый именно в интеллектуальном или речевом плане ребенок, начинает не только замедляться в своем когнитивном развитии, но постепенно начинает терять и познавательные интересы, и имеющийся к этому моменту интеллектуальный «багаж». С возрастом постепенно или достаточно резко может начать снижаться и продуктивность интеллектуальной деятельности в целом — ребенок начинает, как говорят психиатры «регрессировать».

Начало болезненных проявлений отмечается в 1,5-3 года и фиксируется чаще всего в расстройствах сна — ребенок начинает плохо засыпать, часто, беспричинно просыпается, сон становится тревожным, возникают и трудности засыпания. Может проявиться потеря аппетита, изменение вкусовых пристрастий, появление значительной избирательности в еде. Часто отмечается резкая слабость, потеря эмоциональной живости и интереса к окружающему. Изменяется и характер речевой активности — до того разговорчивый, ребенок становится молчаливым (в крайних случаях может быть констатирован даже мутизм), меняется интонационная окраска речи, ее неравномерность и неадекватность по высоте или темпу высказываний.

У части детей, наоборот, возникает двигательное и психоречевое возбуждение, не имеющее под собой никаких явных причин. Такое психомоторное или речевое возбуждение может совпадать с неадекватно повышенным фоном настроения, сниженной критичностью. Часто возникают необъяснимые страхи, порой генерализованные, с бурной эмоциональной реакцией на, казалось бы, самые обыкновенные события или явления — шум дождя за окном, звуки урчащей водопроводной трубы и т.п. Поведение ребенка может стать странным до нелепости.

Начало проявлений может возникнуть и в таких кризисных возрастах, как 6-7 лет и 10—13 лет. Следует иметь в виду, что, к сожалению, на начальных стадиях проявлений подобного рода состояний редко кто из родителей обращается не только к психиатру, но даже и к психологу. Хотя обращение именно к врачу психиатру является наиболее адекватным. Описаны случаи (*Сухарева, 1974*), когда начало заболевания скорее проявляется по типу выраженного дисгармоничного развития с патологическим фантазированием и психомоторной расторможенностью», как правило, сопровождаясь при этом как патологией влечений, так и грубой эйфорией (или же, наоборот, дисфорией). При этом ребенок нарушает все социальные нормы и становится абсолютно «невыносим» в своем поведении.

Строго говоря, уже в раннем развитии можно обнаружить диссоциацию, неравномерность между ускоренным интеллектуальным развитием и более поздним созреванием моторики. Такие дети часто демонстрируют раннее речевое развитие - первые слова появляются до года, и, как правило, они ни типичны для начала речи как таковой. Это могут быть сложные для произнесения или малочастотные слова. Фразовая речь с «не детские» богатым запасом слов может быть сформирована уже к 1,5-2 годам. Такие дети рано и, как правило, очень легко (фактически самостоятельно) научаются читать, реже — считать. Они любознательны, их интересы намного «опережают» возрастные. Они часто бывают, поглощены чтением книг, предпочитая чтение энциклопедий и «околонаучной» литературы игре. В то же время их двигательное развитие достаточно специфично: в движениях часто нет детской пластики, движения порой чрезмерно «остры», порывисты, в них нет плавности. Эти дети плохо координированы, неуклюжи, угловаты и позже, чем другие дети, овладевают даже элементарными навыками самообслуживания. Можно отметить и свойственную таким детям избирательность в общении, в частности, предпочтение общения со взрослыми или более старшими детьми.

Внешний вид, специфика поведения. Уже на уровне внешнего вида обращает на себя внимание дискретность, дисгармоничность движений, в грубых случаях возможно застывание в отдельных позах и их вычурность. Часто наблюдаются стереотипные движения разной степени выраженности, вплоть до сложных стереотипных поведенческих актов. Речь, как уже отмечалось, может быть в разной степени развернутой, в т.ч. и обильной, с использованием вычурных, штампованных оборотов, резонерством, пустым философствованием. Голос часто недостаточно или специфично модулирован, а лицо при этом может быть как амимичным, так и выражать испуг. Ребенок может быть «зациклен» на своих интересах даже в ситуации общения со специалистом. В отдельных случаях совершенно серьезно может считать себя чем-то или кем-то иным (как правило, животным), но не самим собой. Нередко наблюдается «отчужденность» взгляда, иногда, наоборот, «горящий» взгляд, а лицо при этом может оставаться неадекватно амимичным. Некоторые дети старшего дошкольного возраста или даже младшего школьного возраста демонстрируют на приеме выраженные, не адекватные ситуации страхи, боязнь чужих, незнакомых людей. Они прячутся, стараются убежать, иногда даже могут истошно кричать и долго не могут успокоиться.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность. Операциональные характеристики деятельности значительно чаще бывают замедленными, но темп деятельности при этом может быть очень неравномерен — ребенок, например, может молниеносно выполнять задание, которое по какой-то непонятной причине стало ему интересно, причем работать при этом не пресыщаясь. В то же время для них чаще характерно медленное выполнение заданий, практически полное отсутствие интереса к ним или даже отказ от выполнения. В случае же заинтересованности их крайне трудно оторвать от одного задания и переключить на что-либо другое. Помимо темпа часто снижается и продуктивность психической деятельности, при этом формально нарушений работоспособности может и не наблюдаться. В первую очередь этот параметр зависит от того, насколько ребенок «заразился» данной деятельностью. При отсутствии же интереса, как правило, работоспособность невысокая.

Характер деятельности нельзя оценить однозначно. Имеет смысл говорить о более или менее достаточной сформированности произвольной регуляции собственной деятельности. В то же время часто отмечается фактическая невозможность регуляции себя на двигательном уровне. Необходимо отметить, что на всех уровнях регуляции собственной деятельности (от движений до волевых усилий) можно говорить о диссоциации между возможностью выполнения целенаправленной деятельности (которая в большинстве случаев оказывается сниженной) и деятельностью «внутри» присущего ребенку поведенческого (в т.ч. и речевого) стереотипа, который может представлять чрезвычайно сложно организованный ритуал, произвольный в истинном смысле этого слова. Более того, некоторые дети школьного возраста уже сами могут отмечать насильственность, «несвободность» (навязанность) от подобных стереотипов и ритуалов.

Иногда такие дети могут демонстрировать достаточную *адекватность*, например, неуверенность и опасение в новой, незнакомой ситуации. Но значительно чаще они оказываются неадекватными в своем эмоциональном реагировании, в поведении, в общении со сверстниками, часто формальном общении с взрослыми.

Критичность в целом оказывается чаще сниженной и к результатам своей деятельности, и к поведению в целом. И практически всегда критичность снижена к своим аффективно заряженным переживаниям, «зонам» сверхценных интересов.

Обучаемость может быть достаточной даже вне сферы сверх ценных интересов ребенка. В отдельных случаях (при констатации регресса) обучаемость, как и продуктивность мыслительной деятельности в целом может более или менее резко снижаться.

Из собственно специфики *познавательного развития* (при достаточном «стаже» заболевания) выделяется, в первую очередь, нарушение динамики мыслительной деятель-

ности, опора на латентные признаки объектов и ситуаций при их анализе. У детей младшего школьного возраста помимо этого могут наблюдаться уже и элементы разноплановости мышления, паралогизмы. Отмечается выраженная неравномерность развития психических функций. При хорошей результативности выполнения заданий конструктивного (схематизированного) плана дети могут затрудняться в выполнении заданий, требующих выявления конкретных взаимосвязей между предметами или явлениями. В более старшем возрасте отмечается наличие сверхценных образований, преимущественно интеллектуального плана, в подростковом возрасте — философской интоксикации.

Речь достаточно специфична со склонностью к резонерству или «мудрствованию». Она характеризуется взрослостью, использованием сложных, иногда «вычурных» или, наоборот, штампованных оборотов, наличием собственного словообразования (в основном, до 3-4 лет), специфичностью просодической стороны речи.

В то же время при благоприятном течении заболевания у значительной части детей можно констатировать высокий уровень интеллектуального развития, достаточную креативность мышления, что в ряде случаев оценивается как парциальная одаренность в какой-либо сфере.

Отмечается специфика графической деятельности: дети предпочитают рисовать схемы, карты, топографические планы. Рисунок стереотипен, эмоционально выхолощен. В рисунках минимально присутствуют изображения человека. Часто рисунок фактически отражает страхи ребенка, хотя и прямо не представленные в изображениях и темах.

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

В дошкольном возрасте дети преимущественно играют в одиночестве, оказывая выраженное предпочтение неигровым объектам, игры приобретают ритуальный специфичный характер — с предпочтением неигровых предметов (выключатели, веревочки, пульты дистанционного управления и т.п.).

Трудности совместной игровой деятельности со сверстниками вплоть до полной невозможности игровой коммуникации могут быть объяснены не только уходом от общения, своеобразной прогрессирующей «аутизацией», но и эмоциональной выхолощенностью и уплощенностью. В самостоятельной одиночной игре ребенок часто отражает «зоны» собственных страхов и/или сверхценных интересов, порой в игре отражается свойственная ребенку патология влечений. Если ребенок все же каким-то образом включен в игру (пусть даже с помощью и при поддержке взрослого), то часто наблюдается невозможность выйти из заданной роли, в том случае если она совпадает со сферой сверхценных интересов. Часто дети предпочитают в играх псевдоинтеллектуальные занятия (рисование схем, планов внутренних строений и т.п.), и эти изображения также отражают зоны интересов или переживаний, в т.ч. и патологических влечений.

Специфичным является наличие «зон» сверхценных интересов и увлечений, от которых ребенок не в силах «отлепиться», «внедрение» в которые часто является средством установления контакта специалиста с ребенком. Такими увлечениями, «зонами» могут стать насекомые или динозавры, микробы или сложные технические схемы. Достаточно рано начинает обращать на себя внимание эмоциональная выхолощенность, снижение яркости аффекта, вплоть до полного отсутствия аффективных реакций, даже в стрессогенной ситуации. Часто отмечается подавленность настроения, при этом ребенок может проявлять злобность и агрессивность, направленную не только на окружающих, но и на самого себя (аутоагрессия).

Наиболее ярко, особенно у детей дошкольного возраста, проявляют себя страхи, возникающие без действия каких-либо внешних факторов и не имеющие какого-либо внешнего повода (так называемые беспредметные страхи), что внешне проявляется немотивированным возбуждением, криками, неадекватным поведением. У детей школьного

возраста страхи не только достаточно выражены, но и несут определенное содержание. Часто близкие отмечают эмоциональную холодность по отношению к ним и, в то же время, «привязанность» к малознакомым людям или даже предметам. Отмечается повышенная эмоциональная возбудимость, склонность к немотивированным аффективно возбужденным вспышкам, психомоторному возбуждению, патология влечений.

Поскольку дети с этим вариантом искаженного развития, в первую очередь, нуждаются в наблюдении и лечении у врача психиатра (последний, в данном случае, выступает как ведущий специалист), вопросы условий включения такого ребенка в образовательную или социальную среду и особенностей деятельности должны решаться по согласованию с лечащим врачом.

Прогноз развития и социальной адаптации целиком и полностью зависит от возраста начала проявлений заболевания, характера его течения и своевременности начала лечения и определяется, в первую очередь, лечащим врачом ребенка, а при его отсутствии — возможно и врачом-психиатром ПМПК. В ряде случаев рекомендации «сводятся» к организации адекватных форм обучения. Так, индивидуальная форма обучения с постепенным включением в среду сверстников во внеурочной деятельности может стать частью коррекционной программы для детей с выраженными нарушениями адаптации при этом варианте искаженного развития.

Рекомендации по организации СОУ для детей с атипичным аутизмом представлены ниже.

Дошкольный возраст. Атипичный аутизм

Особенности поведения на ПМПК: в движениях ребенка нет детской плавности, они чрезмерно «остры», порывисты, плохо координированы. Наблюдаются стереотипные движения разной степени выраженности, в грубых случаях возможно застывание в вычурных позах. Речь может быть как выражено недостаточной, так и развитой «чрезмерно» не по возрасту. Голос специфично модулирован. Уровень развития психических функций может быть как значительно недостаточен, так и приближаться к возрастному, но специфичным является именно выраженная неравномерность в развитии психических функций в целом. Ребенок может быть заиклен на своих интересах. Часто в поведении грубо неадекватен, скорее автономен, контакт формальный, может быть испуган, сильно возбужден, демонстрирует наличие страхов, в т.ч. вычурных, многие другие нарушения поведения, мышления и адаптации.

Заключение психолога: вариант искаженного развития с выраженными поведенческими нарушениями и неравномерностью психических функций.

Направления деятельности психолога: индивидуальные занятия по «простраиванию» алгоритма простой продуктивной деятельности (совместно с дефектологом), алгоритма продуктивной коммуникации. Формирование стереотипных игровых навыков, работа над самовосприятием. Рекомендуется использование методов поведенческой терапии.

Заключение дефектолога: познавательное развитие выражено специфически неравномерно.

Направления деятельности дефектолога: «простраивание» алгоритма простой продуктивной деятельности (совместно с психологом), формирование стереотипных игровых навыков). Формирование продуктивной деятельности на элементарных заданиях / формирование предпосылок учебной деятельности.

Заключение логопеда: специфическое (системное?) нарушение речи. Специфика просодической стороны речи.

Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Развитие и коррекция компонентов речи.

Диагноз по МКБ-10: F20.8, F25, F84.5.

Специальные условия обучения:

1. Индивидуальные и/или подгрупповые занятия со специалистами ППМС-центра по индивидуальной программе. По мере адаптации возможно обучение (при наличии регресса в развитии) по адаптированной основной образовательной программе для детей дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями.
2. Очная форма.
3. Режим — неполный день / группа кратковременного пребывания.
4. Индивидуальные занятия: с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом.
5. Сопровождение тьютора.
6. Срок повторного прохождения ПМПК через 1 год.

Дополнительные условия

Наблюдение психиатра.

Школьный возраст. Атипичный аутизм

Особенности поведения на ПМПК: в поведении проявляются черты вычурности. Демонстрирует «зоны» «сверхценных» захватывающих его интересов, это может касаться как отдельных предметов — астрономии, минерологии и т.п., так и существовать у ребенка как собственная ценность — карты, схемы, и т.п. Моторно, как правило, скован, в случаях затруднений могут возникать множественные стереотипии, в т.ч. речевые. Речевое развитие может быть самым разнообразным, ребенок сам может сочинять стихи или прозу, но тематика их специфична и стереотипна. Речь скандирована, монотонна, мало модулирована.

Уровень развития психических функций выраженно неравномерен, могут быть как парциальные способности, так и «провалы» в развитии каких-либо функций. Трудности социального взаимодействия являются центральными в картине личностного развития ребенка.

Заключение психолога: вариант искаженного развития преимущественно когнитивной сферы с выраженными поведенческими нарушениями.

Направления деятельности психолога: индивидуальные и групповые занятия по формированию позитивного опыта и навыков межличностного взаимодействия. Консультирование родителей по способам расширения социальной компетентности детей. Консультирование учителей/воспитателей по учету в образовательном процессе специфики нарушений ребенка.

Заключение дефектолога: познавательное развитие специфически неравномерно/недостаточно. Программный материал (указать какой) усваивает специфически неравномерно / усваивает не в полном объеме и неравномерно / не усваивает.

Направления деятельности дефектолога: формирование алгоритма продуктивной деятельности, в т.ч. и учебной, помощь в усвоении ООП, АОП.

Заключение логопеда: специфическое нарушение речи. Нарушения письменной речи.

Направления деятельности логопеда: формирование навыком коммуникации, алгоритмов контекстной диалогической речи. Коррекция компонентов письменной речи (при необходимости).

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

Специальные образовательные условия:

1. Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе для детей с задержкой психического развития с составлением ИУП и учетом психофизических особенностей и возможностей ребенка / обучение по адаптированной образова-

тельной программе с учетом особенностей ребенка с РАС (возможно — с разработкой индивидуального учебного плана).

2. Очная / очно-заочная / классно-урочная форма / надомная. Возможна дистантная форма обучения.

3. Режим — полный/неполный день / классно-урочная форма, желательно в классе малой наполняемости. При выраженных нарушениях поведения — организация обучения на дому с использованием дистанционных технологий и электронного обучения.

4. Использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов в соответствии с программой.

5. Сопровождение тьютора.

6. Индивидуальные/мини-групповые занятия с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом.

7. Срок повторного прохождения ПМПК — по запросу ПМПк ОО.

Дополнительные условия

1. Наблюдение и лечение у врача-психиатра.

2. Щадящий режим пребывания в школе (дополнительный выходной день или сокращение общей нагрузки во времени и т.п.).

Литература:

1. Грибанова Г.В.Руководство по организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) //Дефектология.-2001.-№6.-С.66-94.
2. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь,2003.
3. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / Под общ. Ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2014.