

Министерство просвещения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Институт общественных наук
Кафедра педагогики и педагогической компаративистики

**Психолого-педагогическое консультирование семей
с ребенком раннего возраста с расстройством
аутистического спектра в службе ранней помощи**

Выпускная квалификационная работа

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой педагогики и
педагогической компаративистики

дата Ю.Н. Галагузова
д-р пед. наук, профессор

Исполнитель:
Ракутина Татьяна Витальевна,
обучающийся РКП-2041z группы

подпись

Научный руководитель:
Тенкачева Татьяна Рашитовна,
канд. пед. наук, доцент,
доцент кафедры педагогики и
педагогической компаративистики

подпись

Екатеринбург 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	9
1.1. История изучения расстройств аутистического спектра. Современное состояние проблемы расстройств аутистического спектра.....	9
1.2. Определение основных понятий «Аутизм», «Ранний детский аутизм», «Расстройство аутистического спектра».....	15
1.3. Проблемы семей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра.....	24
ГЛАВА 2. РОЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ОБРАТИВШИХСЯ В СЛУЖБУ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....	32
2.1. Особенности становления и функционирования службы ранней помощи в современных условиях в Российской Федерации.....	32
2.2. Консультационная работа с семьями, воспитывающими детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра, как одно из направлений деятельности специалистов службы ранней помощи.....	40
ГЛАВА 3. ПРОГРАММА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (НА ПРИМЕРЕ ГБОУ СО ЦППМСП «РЕСУРС»).....	56
3.1. Социальный портрет семей с ребенком раннего возраста с расстройством аутистического спектра, обратившихся в службу ранней помощи (на примере ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс»).....	56
3.2. Характеристика программы психолого-педагогического консультирования семей с ребенком раннего возраста с расстройством аутистического спектра (на примере службы ранней помощи ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс»).....	61
3.3. Мониторинг эффективности модели программы психолого- педагогического консультирования с ребенком раннего возраста с	

расстройством аутистического спектра (на примере СРП ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс»).....	70
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	75
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	79
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	90
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	96
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	138
ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	139
ПРИЛОЖЕНИЕ 5.....	142
ПРИЛОЖЕНИЕ 6.....	143
ПРИЛОЖЕНИЕ 7.....	144
ПРИЛОЖЕНИЕ 8.....	146

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В последние годы активно модернизируется вся система образования Российской Федерации: внедряется и развивается инклюзивное образование, остро поднимается вопрос оказания услуг ранней комплексной помощи детям от рождения до трех лет, имеющих нарушения здоровья и ограничения жизнедеятельности.

Современная образовательная действительность отражает значительные изменения, затрагивающие как внутренние организационные, так и внешние содержательные аспекты оказания ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) и инвалидностью.

Актуальные нормативно-правовые акты, в свою очередь, свидетельствуют поставленным в Распоряжении Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р, задачам, по утверждению и развитию «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года», подготовленной Минтрудом России, как приоритетного направления политики в области защиты прав ребенка, оказанию своевременной междисциплинарной, психолого-педагогической, консультативной помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста, в том числе специалистам, которые в дальнейшем продолжат сопровождение особых детей в дошкольных образовательных организациях.

В своей работе я выделила немногочисленную категорию детей – это дети с расстройством аутистического спектра (далее – РАС, аутизм). Среди детей раннего возраста – это наиболее проблемная группа, не только с точки зрения диагностики в клинической психологии и психиатрии при выставлении диагноза, но, и нетипичная, на взгляд, современной коррекционной педагогики категория, требующая отдельного изучения их особенностей для достижения в последующем процессе социализации и взаимодействия положительного результата. Дети с РАС, в том числе рисками развития аутизма, в возрастном периоде от 0 до 3 лет, нуждаются в

пристальном внимании, так как раннее выявление особых потребностей этих детей, является наиболее эффективным и перспективным для дальнейшего оказания коррекционной помощи. Мировая практика ключевую роль отводит комплексным междисциплинарным мероприятиям, включающим в себя психолого-педагогическое консультирование и сопровождение семей, использование ранних форм диагностики и программ скрининга, позволяющих оценить истинные масштабы неуточненного расстройства развития, а также риски формирования у детей когнитивных и поведенческих нарушений. Внедрение научно-обоснованной и нормативно-утвержденной системы маршрутизации данной категории детей, обеспечит безопасное и постепенное введение их в инклюзивное образовательное пространство.

Степень разработанности темы. В настоящее время в России осуществлены теоретические и прикладные исследования феномена «аутизма» следующими авторами (В.М. Башиной, Л. Каннером, С.С. Мнухиным, Г.Н. Пивоваровой, В.Б. Каганом, М.Ш. Вроно и другими).

Многие эксперты полагают, что нет единого состояния под названием аутизм, существует целый спектр аутистических расстройств, содержащий ряд общих признаков, которые входят в набор психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения, проявляющегося в затруднении социального взаимодействия и коммуникациях, жестко ограниченных интересах и часто повторяющихся поведенческих актах. Разные формы аутизма, соответственно, занимают разные позиции в этом спектре.

Теоретико-методологической основой исследования явились концепции общей и специальной психологии и педагогики: современные представления о возрастных этапах, закономерностях и условиях развития ребенка в процессе онтогенеза (Л.А. Венгер, Л.С. Выготский, Л.П. Качалова, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин и др.); современные представления о структуре и проявлениях нарушений при расстройствах аутистического спектра у детей раннего возраста (Н.В. Симашкова, Е.Д.

Божкова, О.В. Баландина и др.); современные положения об организации консультативной работы с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста (И.А. Выродова, Т.П. Кудрина, Г.Ю. Одинокова, Ю.А. Разенкова); концепция генезиса общения в младенческом и раннем возрастах (М.И. Лисина); положение о взаимодействии и общении как важнейшем условии развития детей (Н.Н. Авдеева, Л.И. Божович, М.И. Лисина, Е.О. Смирнова, Д.Б. Эльконин).

Поскольку, вопрос диагностики и коррекции «аутизма», «раннего детского аутизма – далее РДА», «РАС» продолжает привлекать к себе внимание профессионалов разных специальностей и общества в целом, возникают **противоречия** между необходимостью психолого-педагогического консультирования семей, воспитывающих детей с РАС, обратившихся в службы ранней помощи и недостаточным пониманием семьи практического содержания предполагаемой деятельности специалиста, выполняющего роль педагога-психолога реализующего данное направление деятельности.

Следовательно, обозначается **проблема исследования**: каковы направления и содержание психолого-педагогического консультирования семей с ребенком раннего возраста с РАС, что составляет основу программы деятельности специалистов по психолого-педагогическому консультированию, а также условия ее реализации в СРП.

Объект исследования: психолого-педагогическое консультирование семей с ребенком раннего возраста с расстройством аутистического спектра в ходе реализации содержания услуг ранней помощи;

Предмет исследования: психолого-педагогическая программа по консультированию семей с ребенком раннего возраста с расстройством аутистического спектра в условиях службы ранней помощи.

Цель: теоретическое обоснование и практическая реализация программы психолого-педагогического консультирования семей с ребенком

раннего возраста с расстройством аутистического спектра в условиях службы ранней помощи.

Гипотеза исследования: качество предоставления услуг психолого-педагогического консультирования семьям, воспитывающим детей с РАС, будет результативным если:

- выбраны направления и технологии консультационной работы педагога-психолога;
- соблюдены все организационные этапы деятельности специалиста: диагностический, мотивационный, проектировочный, реализационный и аналитический.

Задачи исследования:

1. Провести научный анализ разработанного понятийного аппарата, характеризующего детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра.
2. Изучить проблемы семей, имеющих детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра, связанные с их воспитанием, обучением и дальнейшей включенностью в образовательное пространство.
3. Исследовать содержание и специфические компоненты консультационной работы с семьями в условиях службы ранней помощи.
4. Провести анализ социальных портретов семей, воспитывающих ребенка раннего возраста с расстройством аутистического спектра, обратившихся в службу ранней помощи на примере ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс».
5. Разработать программу психолого-педагогического консультирования семей, воспитывающих ребенка раннего возраста с расстройством аутистического спектра в условиях службы ранней помощи на примере ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс».

Методы изучения: определялись как теоретическими позициями психологии и педагогики, так и задачами нашего исследования:

1. Теоретические методы: анализ психологической и педагогической литературы по проблеме исследования, моделирование программы психолого-педагогического консультирования семей, воспитывающих ребенка раннего возраста с расстройством аутистического спектра в условиях службы ранней помощи, на основе синтезированных данных теоретического изучения проблемы.
2. Эмпирические методы: изучение психолого-педагогической и медицинской документации детей (личные дела, протоколы ПМПК, медицинские карты, опросники для родителей).
3. Стандартизированные диагностические методики, а также методы качественно-количественной обработки экспериментальных данных, констатирующий и формирующий этапы опытно-поисковой работы.

Практическая значимость работы: осмыслить приобретенный опыт по заявленной теме, с целью разработки практических рекомендаций для специалистов образовательных организаций и родителей, имеющих детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра.

Структура работы включает в себя: введение, основную часть, которая состоит из трех глав, заключение, список использованной литературы и четыре приложения.

ГЛАВА 1. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

1.1. История изучения расстройств аутистического спектра.

Современное состояние проблемы расстройств аутистического спектра

История изучения аутизма как специфического нарушения психического развития не насчитывает еще и века. Можно назвать 4 основных этапа в становлении этой проблемы.

Первый – донозологический период конца XIX – начала XX веков – характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходу и одиночеству. В начале 1908 г. швейцарский ученый, Эйген Блейлер, ввел слово autismus (от греческого корня autos – «сам»), внутренняя форма которого была призвана подчеркнуть психическую замкнутость индивида, его самоизоляции, отстраненность от реальности и уход в мир внутренних переживаний. Блейлер использовал данный термин для обозначения одного из четырех диагностических критериев шизофрении.

Второй – так называемый доканнеровский период, – приходящийся на 20–40 годы XX века, отличает постановка вопросов о возможности выявления у детей шизоидии (Г.Е. Сухарева, Т.П. Симеон и др.), а также о сущности «пустого» аутизма по Дж. Лутс (1937 г.).

Третий – Каннеровский период (1943–1970 гг.) – ознаменован выходом в свет кардинальных работ по аутизму самого Л. Каннер (1943) и Г. Аспергер (1944 г.), а позднее и бесконечного множества других специалистов [13, с. 75].

Типичная картина Каннеровского аутизма проявляется в первые месяцы жизни, ребенок не тянется на руки, в первых языковых проявлениях обнаруживается нарушение контакта. Развитие речи у большинства детей отстает, речь не становится средством общения [108, с. 15].

В своей первой работе о раннем инфантильном аутизме Л. Каннер (1943) охарактеризовал расстройство детского аутизма (далее – РДА), как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое отнес к состояниям так называемого «шизофренического» спектра. В последующие годы РДА рассматривался как конституциональное особое состояние – Б. Римланд (1964 г.), В.М. Башина (1974 г.); как аутистическое, постприступное, после приступа шизофрении – М.Ш. Вроно, В.М. Башина, (1975 г.) и другие. Такие клиницисты, как Ван Кревелен (1952 г.), С.С. Мнухин с соавторами (1967 г.) и многие другие выдвинули концепцию органического происхождения РДА, согласно которой имело место частичное или полное фенокопирование синдрома [13, с. 76-77].

Впервые в 1938 году, австрийский педиатр и психиатр Ганс Аспергер употребил выражение «аутистичные психопаты» в лекции по детской психологии в Венском университете. В 1944 году, он провел наблюдение, в течение длительного времени, изучал поведение четырех детей, у которых были трудности с социальной интеграцией, при этом интеллект соответствовал норме. Речь их была либо затрудненной, либо излишне формальной, в разговорах доминировал всепоглощающий интерес к одной единственной теме – детям не хватало навыков невербальной коммуникации, способности проявлять эмпатию к сверстникам, они отличались физической неуклюжестью. Данные наблюдения Аспергера, опубликованные на немецком языке, были практически неизвестны до 1981 года и только в 1992 году синдром «Аспергера» был признан отдельным расстройством и диагнозом, когда его включили в десятое издание Международной классификации болезней (МКБ-10, МКБ-11) – диагностическое руководство Всемирной организации здравоохранения. В том же году диагноз включили в четвертое издание Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-IV) Американской психиатрической ассоциации, где впервые было введено понятие расстройств аутистического спектра.

Небольшие расхождения Аспергера и Каннера заключались в клинических описаниях – способности детей к обучению.

Каннер считал, что его пациенты были наиболее успешны, когда механически заучивали схему действий. Аспергер же считал, что его пациенты достигали наилучших результатов, «когда ребенок мог проявлять спонтанность», и был убежден, что у них есть склонность к абстрактному мышлению – данные различия дали основание считать, что исследователи описали два различных синдрома, которые объединили нарушение способности к социальному взаимодействию, что не соответствует нарушению интеллекта.

Ряд исследователей отстаивали полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с органическими, реактивными причинами, последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушением адаптационных механизмов у незрелой личности (М. Малер, Г. Ниссен, М. Раттер).

В эти же годы были выявлены аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофренией, при X-ломкой хромосоме, синдроме Ретта и других [7, с. 154-155].

Четвертый: послеканнеровский период (1980–1990 годы) характеризуется отходом от позиций самого Л. Каннера во взглядах на РДА, который стал рассматриваться, как неспецифический синдром разного происхождения.

В России первое описание органического аутизма было представлено в 1967 г. С.С. Мнухиным с соавторами; описание РДА типа Каннера в 1970, 1974 г. Г.Н. Пивоваровой и В.М. Башиной и в 1982 г. В.Б. Каганом; РДА в круге постприступной шизофрении в 1975 году – М.Ш. Вроно, В.М. Башиной и другими [7, с. 156-157].

По мнению Ф. Аппе, аутизм существует столько, сколько существует человечество. Почти в каждой культуре можно найти рассказы о наивных и чудаковатых людях, отличающихся странным поведением и отсутствием

здорового смысла. Существует предположение, что так называемые «юродивые» в дореволюционной России могли быть аутистами. Биографические сведения о многих исторических личностях – музыкантах, ученых (Моцарте, Эйнштейне и др.) – дают основание предположить наличие у них аутистических нарушений.

На основании изучения характера преморбида у 272 больных ранней детской шизофренией и начальных этапов личностного развития (28 человек) детей с РДА, была установлена личностная патология стигматизированного (шизотипического), искаженного (шизоидного), задержанного и типа раннего детского аутизма Каннера-типов. Ученые показали, что наиважнейшей особенностью РДА Каннера являлся особый асинхронный тип задержки развития. Признаки асинхронии развития проявлялись в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания, нарушении физиологического феномена вытеснения примитивных функций сложными, как это характерно для нормального развития детей, т. е. в синдроме «переслаивания» примитивных функций сложными [13, с. 79-80].

В последние десятилетия принято говорить не столько об аутизме, сколько о расстройствах аутистического спектра (далее – РАС).

Термином расстройства аутистического спектра описывается диапазон состояний развития, включающий (классический) аутизм, высокофункциональный аутизм и синдром Аспергера.

В 1972 году Лорна Уинг (англ. Lorna Wing;) (07.10.1928 – 6 июня 2014) – британский врач и психиатр, кавалер ордена Британской Империи (ОБЕ, 1994), почетный член Университетского колледжа Лондона (2012), сформулировала «триаду нарушений при аутизме», позже названную в ее честь «триадой Уинг» [14].

Триада нарушений Лорны Винг при аутизме включает:

1. Качественные нарушения социального взаимодействия.
2. Качественные нарушения вербальной и невербальной коммуникации, а также воображения.

3. Существенно ограниченный спектр деятельности и интересов.

В 1981 году Лорна Уинг «открыла» для британского, а впоследствии – мирового, общества работу Ганса Аспергера, впервые описавшего «аутистическую психопатию» – аутистические симптомы у детей с развитым уровнем интеллекта. В своей наиболее известной статье «Синдром Аспергера: клиническое описание» она популяризировала его исследования и предложила назвать данное расстройство в честь первооткрывателя. Под ее влиянием этот термин стал официальным диагнозом, принятым ВОЗ [14].

Дальнейшие исследования Лорны Уинг показали, что существует группа так называемых расстройств аутистического спектра включающая несколько диагностических единиц, объединенные общими симптомами, характерными для триады Винг, разной степени выраженности.

На сегодняшний день современное состояние проблемы детей с РАС неоднородно. Согласно данным ВОЗ (2016 года), психическое здоровье детского населения заметно ухудшается. В Европе минимум один из 4–5 детей и подростков до 20 лет имеет психические отклонения. По оценкам, 1 ребенок из 160 детей в мире страдает расстройством аутистического спектра – эта оценка является усредненной цифрой, и сообщаемая распространенность значительно варьируется между исследованиями.

О распространенности РАС в странах с низким и средним уровнем дохода на сегодняшний день неизвестно. Судя по эпидемиологическим исследованиям, проведенным за последние 50 лет, распространенность РАС возрастает во всем мире. Существует много возможных объяснений этого очевидного роста распространенности, включая возросшую информированность, расширение диагностических критериев, совершенствование средств диагностики и отчетности. С учетом приведенных данных можно утверждать следующее, медицинская наука до сих пор имеет сомнения, расхождения при выставлении диагноза – расстройство аутистического спектра [63, с. 22-27].

В России клинико-диагностические вопросы фактически разрабатывались только В.М. Башиной и ее учениками, в монографии А.П. Чуприкова, Т.Я. Багрия, М.И. Винника (2005); Л.А. Булаховой был создан соответствующий раздел в учебнике «Детская психоневрология» (2001). Программы подготовки специалистов как медицинских, так и педагогических вузов не предусматривают детального изучения расстройств аутистического спектра, в связи с чем надлежащих знаний не имеют не только учителя, воспитатели детских садов, педиатры и семейные врачи, но и многие врачи-психиатры.

Распространенность детей с РАС обусловлена не только высокой частотой данной патологии развития, но и большим процентом инвалидов детства. Для содействия оптимальному развитию и благополучию лиц с РАС, как показывает отечественный и зарубежный опыт, ранняя диагностика, длительная комплексная адекватная психолого-медико-педагогическая коррекция дает возможность большинству детей обучаться в школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний и искусстве.

Положительным является то, что психолого-педагогическая помощь детям с аутизмом и их родителям находится в стадии формирования, но уже имеет собственные теоретические и практические достижения. Одновременно имеют место значительные достижения отечественной науки в области медицинского сопровождения и биохимической коррекции аутизма (А.П. Чуприков, И.А. Марценковский и другие).

Также в нашей стране и непосредственно в Свердловской области созданы негосударственные организации (далее – НКО), работающие по данной проблематике: Общественная ассоциация поддержки лиц с аутизмом благотворительный фонд «Я – особенный», ассоциация «Особые люди» и многие другие.

Таким образом, необходимость создания и внедрения новейших специальных технологий коррекционной работы с детьми с аутизмом в раннем возрасте является общепризнанной. Кроме того, за последние годы

уже практически доказано, что при адекватных медицинских и коррекционно-педагогических мероприятиях такие дети дают существенную положительную динамику и не предоставление детям с аутизмом и их семьям соответствующей профессиональной помощи, является нарушением права детей на образование.

1.2. Определение основных понятий «Аутизм», «Ранний детский аутизм», «Расстройство аутистического спектра»

Расстройство аутистического спектра (далее – РАС) – спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жестко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов.

Потребность во введении понятия РАС обусловлена тем, что данные проявления весьма разнообразны и клиническая картина сильно варьируется между различными людьми. Расстройство аутистического спектра проявляется в диапазоне состояний, которые характеризуются определенным нарушением социального поведения, коммуникации и вербальных способностей, сужением интересов и деятельности, которые одновременно специфичны для индивидуума и часто повторяются, начинаются они в детстве, однако, сохраняются в подростковом и взрослом возрасте. Данные состояния относят к категории первазивных расстройств развития в рамках более широкой категории психических и поведенческих нарушений, в большинстве случаев состояния проявляются в первые 5 лет жизни [22, с. 25-30].

Получение детьми с РАС равного, доступного и качественного образования является важным и основным условием для успешной их социализации и адаптации в обществе. Права и гарантии детей данной целевой группы закреплены в Конституции Российской Федерации, в ст. 5 Федерального закона РФ от 29 декабря 2012 г. 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Дети с аутизмом, при оказании своевременной и адекватной педагогической поддержки, могут реализовать свой потенциал социального развития, который в будущем обеспечит благоприятные перспективы для их последующего полноценного участия в жизни общества, эффективной

самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности. Для реализации особых потребностей данных детей необходимо организовать не только архитектурное пространство, важно обеспечить непрерывность образования с использованием специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания.

В настоящее время в России процесс социализации и развития детей с РАС начинается с раннего возраста, при организации обучения важно определить основную цель, многие исследователи считают, что важной составляющей процесса обучения, в первую очередь, должно быть формирование у детей необходимых жизненных компетенций, которые подготовят ребенка к дальнейшей самостоятельной жизни.

Жизненные компетенции рассматриваются в качестве знаний, умений и навыков, уже необходимых ребенку в обыденной жизни, за счет формирования доступных базовых коммуникаций, самообслуживания, социально-бытовой адаптации, позволяют подготовить его к активной жизни в семье и социуме.

Определяя содержание образования детей с РАС, необходимо учитывать тот факт, что выбранная программа обучения и предполагаемый образовательный маршрут, должны гарантировать итоговый результат, соответствующий конкретным и реальным возможностям ребенка.

В настоящее время существует несколько подходов к классификации расстройств аутистического спектра.

По классификации К. Гилберта и Т. Питерса в расстройства аутистического спектра входят: классический аутизм или синдром Каннера, синдром Аспергера, детское первазивное (дезинтегративное) расстройство, другие, похожие на аутизм заболевания, аутичные состояния.

Согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра [МКБ-10 (1992)], принятым Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), адаптированной для практики в Российской Федерации (1995, 1999), расстройства аутистического спектра введены в класс «Психические расстройства и расстройства поведения» в рубрику [56].

F84 «Общие расстройства психологического развития».

По данным МКБ-10, собственно к аутистическим расстройствам относятся (см. Приложение 4):

1. Детский аутизм (F84.0).
2. Атипичный аутизм (F84.1).
3. Синдром Ретта (F84.2).
4. Другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F84.3).
5. Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4).
6. Синдром Аспергера (F84.5).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), с целью отражения современных веяний научного прогресса здравоохранения, опубликовала Международную классификацию болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11) в июне 2018 года, а в полную силу новое издание вступит с 1 января 2022 года. С 1992 года в мире действовала МКБ-10, до нее пересмотры проводились 1 раз в 10 лет. Международная классификация болезней 11 пересмотра является стандартной для всего мира методикой сбора данных о смертности и заболеваемости, позволяющая оптимальным методом кодировать и статистически обрабатывать медицинскую информацию. Также она позволяет организовывать процессы управления здравоохранением, перераспределение финансовых и иных ресурсов, оптимизировать научные исследования, собирать и учитывать эпидемиологическую информацию, способствовать улучшению медико-санитарной помощи первичного звена, регулировать вопросы профилактики и лечения, помогая получать представление о ситуации в области здоровья в отдельных странах, различных группах населения, возрастных слоях и т. п. На английском языке используется термин International Classification of Diseases (ICD). Учитывая современный уровень информационных технологий, МКБ-11 будет использоваться в информационных системах электронного здравоохранения. Особенностями данного пересмотра как раз является использования сети

Интернет с участием всех заинтересованных сторон. Также данный пересмотр будет предоставляться бесплатно в режиме онлайн для личного пользования. Информация будет переведена на многие языки [73].

Расстройства аутистического спектра (аутизм) вошли в один из классов МКБ-11 как психические и поведенческие расстройства и были представлены в рубрике «Нарушения психического развития».

6A02 Расстройства аутистического спектра.

В данной рубрике выделены следующие классы:

1. 6A02.0 Расстройства аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и с легким или без нарушения функционального языка.
2. 6A02.1 Расстройства аутистического спектра с нарушением интеллектуального развития и с легким или без нарушения функционального языка.
3. 6A02.2 Расстройства аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и с нарушениями функционального языка.
4. 6A02.3 Расстройства аутистического спектра с нарушением интеллектуального развития и с нарушениями функционального языка.
5. 6A02.4 Расстройства аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и отсутствие функционального языка.
6. 6A02.5 Расстройства аутистического спектра с нарушением интеллектуального развития и с отсутствием функционального языка.
7. 6A02.Y Другие уточненные расстройства аутистического спектра.
8. 6A02.Z Расстройства аутистического спектра, неуточненные.

Уточняется, что эти проявления существенно различаются в зависимости от тяжести, уровня развития, и хронологического периода и поэтому используется термин спектр.

Тяжесть состояния заключается в ухудшении и ограничении социального взаимодействия, повторяющейся картине поведения, характеризующейся качественными отклонениями в социальных

взаимодействиях и показателях коммуникабельности, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся комплексом интересов и действий. Если в клинической картине присутствует кататония, то отдельно записывается «кататония, связанная с расстройством аутистического спектра» – эти качественные отклонения являются общей характерной чертой деятельности индивида во всех ситуациях.

Для полного понимания сущности представленных в классификации расстройств, необходимо обратиться к характеристике основных понятий.

Термин «аутизм» (от греческого «autos» – сам) был введен известным швейцарским психиатром, одним из основоположников учения о шизофрении Э. Блейлер в начале XX века. Автор под аутизмом понимал отгороженность от мира, уход в себя и считал его характерным для шизофрении. В дальнейшем было показано, что аутизм встречается при нарушениях психической конституции, при патохарактерологических формированиях личности (депривационные синдромы слепых, глухих включают аутизацию), при органических поражениях головного мозга и других расстройствах [60, с. 43-45].

Аутизм (инфантильный аутизм, детский аутизм, аутистическое расстройство) или Синдром Каннера – тяжелое нарушение психического развития, включающее несколько нарушений, как известно, является стержневым расстройством при раннем детском аутизме, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию. Понятие аутизма представляет собой комплексное нарушение, в большей мере, чем эпилепсия и умственная отсталость и является симптомным проявлением дисфункции мозга, которая может быть вызвана разными поражениями. Поведение детей с аутизмом также характеризуется жесткой стереотипностью (от многократного повторения элементарных движений, таких, как потряхивания руками или подпрыгивания, до сложных ритуалов) и нередко деструктивностью (агрессия, самоповреждение, крики, негативизм и другие) [22, с. 34-35].

Ранний детский аутизм (далее – РДА) – особая самостоятельная форма аутизма, характеризующаяся специфической клинической картиной, описанной впервые Лео Каннером в 1943 году. Дети, имеющие РДА, требуют особой психотерапевтической работы и специального биологического лечения. В разное время в решении данной проблемы внимание уделялось различным причинам и механизмам возникновения данного нарушения.

Исходя из положения Л.С. Выготского первичных и вторичных нарушениях В.В. Лебединский и С.С. Никольская (1981, 1985) выделяют следующие варианты решения вопроса о патогенезе синдрома раннего детского аутизма:

- в качестве первичных расстройств рассматриваются повышенная эмоциональная чувствительность и слабость энергетического потенциала, в результате которых при воздействии на организм возникают вторичные нарушения;
- к вторичным относят аутизм, как попытку избежать воздействий внешнего мира, стереотипии, сверхценные интересы;
- возникает ослабление эмоциональной реакции на близких, вплоть до полного их игнорирования («аффективная блокада»), заторможенная или недостаточная реакция на слуховые и зрительные стимулы.

Речь идет о детях с особой, недостаточно ясной патологией нервной системы генетического происхождения (шизофрения, хромосомные изменения, врожденные нарушения обмена) или экзогенного (внутриутробные и постнатальные поражения головного мозга), при которой затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром и прежде всего с человеком [48, с. 13-14].

В 1985 году С.С. Никольская предложила классификацию РДА, дифференцировала и охарактеризовала 4 основные группы:

1. Полная **отрешенность** от происходящего вокруг, при попытках взаимодействия с ребёнком характерно проявление крайнего дискомфорта. Отсутствие социальной активности, даже близким трудно

добиться от ребенка какой-либо ответной реакции: улыбки, взгляда, избегают различных телесных контактов.

2. Активное **отвержение** окружающей среды. Характеризуется не как отрешённость, а как тщательная избирательность в контактах с внешним миром. Ребенок общается с ограниченным кругом людей – это родители и близкие люди. Проявляет повышенную избирательность в еде, одежде, им более свойственно испытывать чувство страха, на который они реагируют агрессивно, бывает, что агрессия принимает формы аутоагрессии. Наблюдается большое количество речевых и двигательных стереотипий. Несмотря на всю тяжесть различных проявлений – эти дети гораздо более адаптированы для жизни, чем дети, относящиеся к 1-й группе.
3. Дети с аутистическими **замещениями** окружающего мира стараются укрыться в своих интересах, при этом их занятия проявляются в стереотипичной форме и не носят познавательного характера. Наблюдается цикличность в играх: ребенок может годами разговаривать на одну и ту же тему, рисовать или воспроизводить один и тот же сюжет, интересы зачастую носят мрачный, устрашающий, агрессивный характер.
4. Четвертая группа характеризуется **сверхтормозимостью**. У них менее глубок аутистический барьер, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. На первом плане – неврозоподобные расстройства: срезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Данный вариант РДА, с одной стороны, представляет собой особую форму конституциональной аномалии развития (истинный «синдром Каннера»), с другой стороны, легкую выраженность – вариант аутистической психопатии Аспергера [47, с. 2-3].

Следует отметить, что классификация, представленная С.С. Никольской, способствовала разграничению уже начальных проявлений РДА, что сложнее сказать о представленных ранее классификациях, так как

многие их составляющие схожие, либо одинаковы, а интеллектуальный уровень крайне варьируется: от тяжелого повреждения до высоких когнитивных способностей.

Под руководством В.М. Башиной в 1997 г. в Научном центре психического здоровья РАМН (Москва) была разработана классификация детского аутизма, основанная на клинико-нозологическом подходе.

В соответствии с ней выделены следующие формы детского аутизма:

- детский аутизм эндогенного генеза: синдром Каннера, процессуальный аутизм, детский аутизм;
- синдром Аспергера (конституциональный аутизм);
- аутистически подобные синдромы при органическом поражении ЦНС;
- аутистически подобные синдромы при обменных, хромосомных и других нарушениях;
- синдром Ретта;
- аутистически подобные синдромы экзогенного генеза;
- аутизм неясного генеза [7, с. 157-159].

Неоднородность аутистов, с точки зрения уровня интеллектуальной полноценности, осложняет изучение соответствующей группы расстройств. Уровень интеллекта при аутизме может быть самым различным: от глубокой умственной отсталости до одаренности в отдельных областях знаний и искусства; в части случаев у детей нет речи, отмечаются отклонения в развитии моторики, внимания, восприятия, эмоциональной и других сфер психики.

Среди детей есть лица с тяжелыми психическими нарушениями, но встречаются и так называемые «высокофункциональные аутисты», у которых всего лишь наблюдаются некоторые странности в общении с другими людьми. Расстройства аутистического спектра часто сопровождаются другими нарушениями, в том числе эпилепсией, депрессией, тревожным состоянием и гиперактивным расстройством с дефицитом внимания. Необходимость понимания определений, которые входят в спектр

аутистических расстройств, на сегодняшний день, важна и очевидна, так как конкретизируется диагностика, улучшается коррекционная работа специалистов, педагогов в процессе обучения, родители учитывают особенности детей в воспитательном процессе [14, с. 19-20].

Патогенез аутизма и умственной отсталости уже почти традиционно рассматриваются в группе психопатологических феноменов нарушенного развития. Однако эти два феномена обычно дифференцируют по форме патогенеза. Аутизм относят к одному из самых распространенных, загадочных и тяжелых первазивных нарушений или искаженному психическому развитию, а умственную отсталость к остановке развития (ретардация) или асинхронии развития.

С точки зрения специальной педагогики умственная отсталость (по М.С. Певзнер и В.И. Лубовскому) – вид недоразвития сложных форм психической деятельности, который возникает, либо при поражении зачатка, либо вследствие органического поражения центральной нервной системы (далее – ОПЦНС) на разных этапах внутриутробного развития плода, либо в самом раннем периоде жизни ребенка [53, с. 61-62].

По МКБ-10 (1992 г.) умственная отсталость – состояние задержанного или неполного развития, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных, социальных способностей, и включаться дополнительным кодом рубрики (F70–F79).

В МКБ-11 умственная отсталость выделена в рубрику **6A00 нарушение интеллектуального развития** с указанием степени: легкое, умеренное, тяжелое, глубокое, временное, неуточненное (6A00.0–6A00.3).

Таким образом, анализируя выше изложенное, можно сказать, что умственная отсталость (интеллектуальные нарушения) может сочетаться с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать

без него, в сочетании с атипичным аутизмом, Синдромом Ретта, гиперактивным расстройством и другими.

Следовательно, при правильной и своевременной коррекции детей с расстройством аутистического спектра, можно достичь интеллектуального прогресса. Создавая вокруг такого ребенка теплую, аффективно комфортную атмосферу, при условии достаточного объема занятий, можно добиться вполне достойных результатов – в меру глубины интеллектуального дефекта и других особенностей ребенка, несмотря на то что работа с таким ребенком исключительно сложна, в связи с тяжестью проявления диагноза.

1.3. Проблемы семей, воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра

На протяжении многих лет вопросы обучения, воспитания и социализации детей с особенностями в развитии, изучение проблем их семей интегрировались в рамках дефектологии. Отклонения в развитии психики в дефектологических исследованиях изучались с клинических, психологических и педагогических позиций. С 90-х годов XX века началось самостоятельное развитие двух научных направлений: специальной педагогики и специальной психологии. Специальная педагогика стала рассматриваться как самостоятельная отрасль педагогического знания, тесно связанная со смежными науками, в первую очередь с медициной и со специальной психологией [66, с. 149-150].

Объектом специальной педагогики является процесс специального образования и воспитания лиц с особыми образовательными потребностями, в частности обучающихся с РАС.

Проблемы семей, воспитывающих данную категорию детей, вызваны не диагнозом ребёнка, поскольку родители чаще всего не видят полного комплекса трудностей, которые будут ждать их в будущем. Они носят

психологический характер и заключаются в потере нормального ребенка, которого надеялись и ожидали получить родители [69, с. 119-120].

Стресс в наибольшей степени проявляется именно у матерей, имеющих особых детей. Они не только испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени из-за сверхзависимости своих детей, но и имеют очень низкую самооценку, считая, что недостаточно хорошо выполняют свою материнскую роль. Ребенок с раннего возраста не подкрепляет материнское поведение: не улыбается матери, не смотрит ей в глаза, не любит находиться на руках, а иногда не выделяет ее из других людей, не отдаёт видимого предпочтения в контакте, не дает ей достаточного эмоционального отклика, непосредственной радости общения.

Состояние стресса для семьи, которая продолжает «сражаться» за своего ребёнка, нередко становится хроническим. В нашей стране это во многом связано с отсутствием какой-либо системы помощи детям с РАС: в существующих детских организациях «не приживаются» дети с особым поведением. Непросто найти специалиста, который взялся бы работать с таким ребенком, поэтому приходится не только далеко ездить, но и месяцами ждать, когда подойдет очередь консультации. Более того, семья особого ребенка часто лишена моральной поддержки знакомых и близких людей. Часто родители сталкиваются с нездоровым интересом соседей, недоброжелательностью, агрессивной реакцией людей в транспорте, в магазине, на улице и даже в детском учреждении. Окружающие в большинстве случаев ничего не знают о проблеме детского аутизма, и родителям бывает трудно объяснить им причины разлаженного поведения их ребенка, его капризов, отвести от себя упреки в его избалованности [69, с. 118].

Отцы, как правило, избегают ежедневного стресса, связанного с воспитанием ребенка с РАС, проводя больше времени на работе, но и они тоже переживают чувства вины, разочарования, хотя и не говорят об этом так явно, как матери. Не исключено, что отцы больше обеспокоены тяжестью стресса,

который испытывают их жены, на них ложатся особые материальные тяготы по обеспечению ухода за «трудным» ребенком, которые ощущаются еще острее из-за того, что обещают быть долговременными, фактически пожизненными.

Важность вопросов обучения и воспитания детей с РАС связана с решением поставленных участниками образовательных отношений (педагог – семья) задач, а также выбранного ими пути, который даст толчок в развитии ребенка данной категории и будет способствовать его дальнейшей социализации.

Несмотря на современные тенденции образовательной политики, в которой делается акцент на формировании социальных компетенций образования, гуманизацию общественных отношений и принятие права лиц с ограниченными возможностями здоровья на качественное совместное образование, существует много проблем, связанных как с недостаточно реализуемой нормативно-правовой базой, так и с отсутствием необходимого методического обеспечения.

Практический опыт развития и воспитания детей с РАС показывает, что для них должны быть разработаны и внедрены различные модели обучения, позволяющие максимально осуществлять право на получение адекватного их возможностям и способностям образования, реализовать личностный потенциал этих детей. Важно понимать, что эта задача не может быть решена административными решениями и простым включением детей с особыми образовательными потребностями в массовую дошкольную и школьную образовательную организацию, так как реализация психолого-педагогического сопровождения детей с аутизмом требует определения соотношения форм специального образования и интеграции в общеобразовательную среду, соответствующую их особым образовательным потребностям [67, с. 143-150].

Современные требования общества к развитию личности диктуют необходимость более полно реализовать идею индивидуализации обучения

детей с РАС, учитывающего состояние их здоровья, индивидуально-типологические особенности.

Построение воспитательного процесса, с учетом особенностей каждого ребенка, должно стать нормой работы любой дошкольной организации.

Под инклюзивным образованием понимается процесс воспитания и обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья совместно с нормально развивающимися сверстниками, в ходе которого они смогут достичь наиболее полного прогресса в социальном развитии. Именно социализация и адаптация должны быть основой системы психолого-педагогической помощи детям с РАС. Данный подход позволяет рассматривать коррекцию и компенсацию нарушений как одно из важнейших условий наиболее адекватного и эффективного вхождения ребёнка в социум.

В настоящее время активно развиваются теория и практика детской коррекционной педагогики и специальной психологии. Разрабатываются приёмы и методы экспресс-диагностики, направленной на определение актуальных возможностей ребенка, а также, в прогностическом плане, на определение зоны его ближайшего развития. Важно определить не только то, что ребенок знает и умеет, но и чем он может овладеть при оказании ему соответствующей помощи [30, с. 96]. Это имеет непосредственное отношение к четко выделяющейся последнее время большой группе детей с РАС.

Основные задачи по выявлению детей данной целевой группы и оказанию необходимой им помощи ставит государство педагогическому и медицинскому сообществу, наиболее важной, из которых является оказание помощи в более раннем и дошкольном возрасте. Соответствующие полномочия делегированы службам ранней помощи (далее – СРП), службам психолого-педагогического сопровождения, организованным на базе государственных учреждений. Деятельность данных служб направлена на содействие физическому и психическому развитию детей, вовлеченность в естественные

жизненные ситуации, формирование позитивного взаимодействия ребенка и родителя в семье в целом, включение в среду сверстников и интеграцию в общество.

Немаловажная роль отведена психолого-медико-педагогическим комиссиям (далее – ПМПК), которые на основании запроса родителей (законных представителей) проводят диагностику детей в соответствии со стандартизированными методиками. По результатам проведенного обследования выдают заключение с рекомендациями о создании специальных условий получения образования и необходимости оказания ребенку психолого-педагогического сопровождения. В рамках информационно-просветительской деятельности специалисты ПМПК осуществляют консультирование участников образовательных отношений, в том числе и родителей (законных представителей), информируя их о правах, обязанностях и ответственности, с целью повышения уровня компетентности в части решения актуальных вопросов развития, обучения, воспитания и социализации детей. О деятельности ПМПК в современных условиях можно говорить, как о продуктивной, фактически творческой деятельности, которая направлена на получение нового объективного или субъективного результата [94, с. 24].

При раннем выявлении детей с РАС и оказании специальной образовательной поддержки на протяжении всей жизни, можно добиться значительных результатов, при этом адекватно организованная коррекционно-развивающая работа является решающим условием дальнейшего социального развития ребенка.

При обучении и воспитании детей с РАС интегрируются данные разных научных дисциплин: общей и специальной психологии и педагогики, невропатологии и психопатологии, отоларингологии и офтальмологии, лингвистики и диалектологии. Развитие коррекционной педагогики и специальной психологии неизбежно приводит к поиску новых, более эффективных методов коррекционно-педагогического воздействия на детей с

особыми образовательными потребностями. С развитием психолингвистики данные поиски стали интенсивнее и результативнее. Вопрос обучения и воспитания детей, имеющих расстройства аутистического спектра, очень сложен. При организации этих процессов на первый план встают две проблемы:

1. Как обучать? Вопрос касается самого диагноза «аутизм», многочисленных коммуникативных и поведенческих проблем, индивидуальной гиперчувствительности ребенка.
2. Чему учить? Вопрос направлен на определение содержания образования.

Отвечая на первый вопрос, можно обратиться к теории и практике поведенческого подхода (прикладной анализ поведения). Чем старше становится ребенок, тем больше методы педагогического воздействия и мотивации приближаются к общечеловеческим – ребенок (взрослый) стремится к признанию, любви, успеху и самостоятельности, берет пример со сверстников, братьев и сестер или родителей [110, с. 6-7].

Что касается содержания обучения ребенка с РАС, то все теоретико-методологические достижения вместе с мировой и отечественной (в частности – нашей собственной) педагогической практикой сходятся в следующем.

С раннего возраста ребенка необходимо целенаправленно обучать навыкам самообслуживания – без них он не имеет будущего. Абстрактные формы познания сочетаются с протопагическими. У многих детей отмечаются нарушения инстинктивной жизни, инверсия цикла сна, перверзность аппетита, изменчивость мышечного тонуса до гипотонии или гипертонии. После полутора – двух лет становится отчетливым нарушение последовательности вытеснения примитивных функций, сложными в пределах всех сфер деятельности, в этом проявляется диссоциация развития личности. Выраженность аутизма неодинакова, что, несомненно, зависит от генетической предрасположенности и внешних факторов [6, с. 34-37].

Начиная с 4–5-летнего возраста, у ребенка необходимо формировать учебное поведение (умение спокойно сидеть за столом, не шуметь, не мешать другим, выполнять задания, сначала элементарные, но по инструкции взрослого).

Семье, чей ребенок к началу школьного возраста не овладел коммуникативной речью и имеет выраженную интеллектуальную недостаточность, следует обратиться к психолого-медико-педагогической комиссии для решения вопросов по выбору индивидуального образовательного маршрута. На основании полученных рекомендаций необходимо решить вопросы организации обучения по адаптированной основной образовательной программе.

В настоящее время данная группа расстройств аутистического спектра, обозначена в структуре действующего Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования для обучающихся с ОВЗ (далее – ФГОС НОО ОВЗ) (Приказ № 1598 от 19.12.2014 г.). Этот подход отвечает Декларации ООН о правах ребенка и Конституции РФ, гарантирующей всем детям право на обязательное и бесплатное дошкольное, начальное, основное, среднее общее образование, что возможно лишь при развитии различных взаимодополняющих форм образования и самообразования (ст. 43 Конституции РФ, ст. 79 Федерального закона об образовании в РФ 273-ФЗ) (см. Приложение 1).

ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ, на данный момент является базовым инструментом реализации конституционных прав на образование граждан с РАС. Данный стандарт может реализовываться лишь на основе договоренности, согласия и взаимных обязательств личности, семьи, общества и государства. Он является нормативно-правовым актом РФ, устанавливающим систему норм и правил, обязательных для исполнения в любом образовательном учреждении, где обучаются и воспитываются дети с аутизмом.

В современной России специалисты признают, что помощь образовательной сферы требуется детям с РАС не меньше, а во многих случаях больше, чем медицинская. Сейчас таким детям чрезвычайно трудно включиться в современную систему образования, так как в общеобразовательных (массовых) и коррекционных образовательных учреждениях кадровое и материально-техническое обеспечение, позволяющее оказывать ребёнку с РАС соответствующую и качественную психолого-педагогическую поддержку [105, с. 49-50].

В связи с этим, даже принятым в образовательные учреждения детям с аутизмом, как правило, уже на ранних этапах обучения отказывают в продолжении образования. Позже, более явной проблемой становится недостаточное понимание специалистами специфики работы с таким ребёнком. Самым распространённым способом преодоления этих трудностей становится решение о выведении ребёнка с аутизмом на домашнее или индивидуальное обучение в образовательной организации, которое противоречит коммуникативным потребностям особых детей и развивает дефицит социальных впечатлений, а ограничение контактов привычной домашней обстановкой способствует их вторичной аутизации [69, с. 116-117].

Хотелось бы отметить, что технологии адаптации детей с РАС, не стоят на месте. Активно развивается социокультурная модель их реабилитации, предполагающая включение детей с аутизмом в различные повседневные сферы общества: музеи, библиотеки, кинотеатры и другие. Особое внимание в современном образовании уделяется использованию психолого-педагогических технологий, обучающих методов, благодаря которым ребёнок с РАС социализируется и в значительной степени купируются его поведенческие проблемы, способствующие формированию адекватного учебного поведения, что в дальнейшем облегчает усвоение образовательной программы. С помощью этих методов ребёнок с аутизмом сможет стать

исполнительным, даже «удобным» обучающимся, а в классе обеспечится стабильное, полноценное функционирование образовательного процесса.

Таким образом, осознание и принятие ребенка с РАС семьей, возможно только в результате пересмотра родителями ценностей и смыслов: распределении материальных и эмоциональных ресурсов, приобретении навыков коррекционно-воспитательного воздействия. Несомненно, обучение и воспитание особого ребенка – это ежедневный, тяжелый и кропотливый труд родителей (семьи в целом) и помогающих им специалистов, где роль родителей является ведущей и, безусловно, заключается в целенаправленной направляющей и организующей помощи. Важно научиться понимать своего ребенка, и принимать его таким, какой он есть, так как понимание, принятие и любовь к нему – залог счастливой семьи [90, с. 27].

ГЛАВА 2. РОЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ОБРАТИВШИХСЯ В СЛУЖБУ РАННЕЙ ПОМОЩИ

2.1. Особенности становления и функционирования службы ранней помощи в современных условиях в Российской Федерации

История изучения, воспитания и обучения детей, имеющих отклонения в развитии, насчитывает многие сотни лет. О том, что образование могут получить все дети без исключения, говорил еще великий гуманист педагог Ян Амос Коменский (1592–1670) [94, с. 6-7].

Впервые вопрос оказания услуг ранней помощи детям с отклонениями в развитии был поднят в зарубежной специальной педагогике, где важность заявленной проблемы была обусловлена включением в образовательное пространство младенцев и детей раннего возраста с врожденными и приобретенными дефектами, которые в значительной мере ограничивали возможности их жизнедеятельности. Сама же система становления ранней помощи была направлена на изменение ценностных ориентиров общества и государства, обеспечение качества жизни ребенка раннего возраста и определение путей формирования нормализованного стиля общения, который проявлялся в нарушении межличностных отношений в диаде «мать – дитя» [28, с. 49-50].

В России в начале XX века активно обсуждались вопросы изучения особенностей в развитии детей раннего возраста. Только в 60-е годы началась массовая подготовка педагогов-психологов, а акцент на их подготовке для системы образования был сделан лишь в 90-е годы.

Анализируя более чем 20-летнюю практику ранней помощи, важно отметить, что начальный этап становления системы ранней помощи в конце 90-х годов был обусловлен изменением государственной образовательной

политики, бурным обсуждением и развитием интеграционных процессов в образовании, а также мощным социальным запросом семей на раннюю комплексную помощь детям с ограниченными возможностями здоровья – все это создавало благоприятные условия для развития идей интеграции и ранней помощи в образовательном пространстве многих регионов России [87, с. 4-6].

Важным ресурсом для становления и развития системы ранней помощи являлось использование компетентностного подхода, который основывался на развитии профессиональной рефлексии, профессионального мышления специалистов, повышении их квалификации, а также установки на организацию взаимодействия специалистов различных профессий.

На сегодняшний день, отечественная практика ранней помощи сосредоточена на проектировании муниципальных и региональных систем, что, в свою очередь, потребовало качественной выработки единых подходов к оказанию помощи детям с различными ограничениями в состоянии здоровья и их семьям, согласно этому, интерес к отечественным исследованиям и методическим разработкам, осуществляемым на их основе, неукоснительно повысился.

Единые подходы к формированию системы ранней помощи детям и их семьям были разработаны на федеральном и региональном уровнях и определены Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. Согласно которой, были учтены особенности каждого региона, и ранняя помощь детям и их семьям должна войти в формируемую в настоящее время систему комплексной реабилитации и абилитации и стать начальным звеном в процессе абилитации и реабилитации детей с ограничениями жизнедеятельности, стать своего рода средством профилактики инвалидизации детей [52, с. 13-14].

За последние 20 лет практика ранней помощи в России на уровне региональных систем образования активно набирает силу. Функционируют разные модели служб в более чем 68 регионах страны, реализуются

региональные программы и эксперименты в отдельных субъектах Федерации. Более 800 служб ранней помощи работает в образовании. В некоторых субъектах Российской Федерации, имеется опыт по проектированию, изучению потребностей населения, анализу качества первичной медицинской и социальной помощи, изучению медицинской, социальной и образовательной инфраструктур регионов. Проведен анализ и отбор учреждений, в которых наиболее целесообразно открывать службы ранней помощи детям с отклонениями в развитии и их семьям, сформированы штаты сотрудников, определены региональные нормативно-правовые аспекты деятельности, проведено обучение специалистов, службы оснащены современными технологиями коррекционной помощи детям раннего возраста с проблемами в развитии и их семьям [87, с. 13].

Е.М. Старобина в своей публикации представила результаты проведенного мониторинга об оказании ранней помощи детям, целевой группы и их семьям в соответствии с Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации, сравнительный анализ полученной информации из 85 субъектов РФ, подготовленный на 01.11.2018, показал, что в 63 субъектах (74,2%) приняты и реализуются программы (подпрограммы) по развитию ранней помощи. В 54 субъектах (63,6%) координируют работу по разработке и реализации программы ранней помощи исполнительные органы государственной власти в сфере социальной защиты, в 7 субъектах (8,3%) – в сфере образования, в 8 субъектах – 9,5% – в сфере здравоохранения. В 11 регионах координатор не определен. В 42 субъектах (49,5%) организованы ресурсные центры ранней помощи, которые должны выполнять координирующую, информационно-методическую, статистическую, аналитическую, экспертную функции, подготовку (переподготовку) и аттестацию специалистов ранней помощи. Однако это непосредственно ведомственные центры, которые координируют работу только в подведомственных учреждениях. Суммарное количество детей целевой группы по всем субъектам по состоянию на 1 ноября 2018 г. составило

316726 детей. Суммарное количество детей целевой группы, 11 получивших различные виды услуг (медицинские, образовательные, социальные, в том числе ранней помощи) в 2018 году – 222942 ребенка. Средний процент охвата детей по всем субъектам составил 73,65%. По состоянию на 2.10.2017 общее число детей целевой группы – 326014 чел., из них детей с ограниченными возможностями здоровья 111721 чел. (35%), детей-инвалидов 41056 чел. (13%), детей с генетическими нарушениями 26816 чел. (8,5%), детей группы риска 128689 чел. (40%). Группу риска составили дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности (89360 чел. – 70%), дети сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей (9083 чел. – 7%), дети из семей, находящихся в социально-опасном положении (30246 чел. – 23%) [52, с. 14-15].

В целях отработки подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, был реализован пилотный проект, который проводился в двух регионах – Свердловской области и Пермском крае, в процессе его реализации осуществлялась разработка единой методологии организации услуг ранней помощи и ее апробация, внедрение методических и нормативных документов; отработка методов и способов межведомственного взаимодействия; выявление факторов, препятствующих формированию системы ранней помощи; разработка предложений по нормативно-правовому регулированию и методическому обеспечению. В пилотных регионах разработаны и апробированы несколько моделей организации ранней помощи и межведомственного взаимодействия.

Участие Пермского края в Пилотном проекте по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов позволило Пермскому краю апробировать методические рекомендации Минтруда по организации системы реабилитации, на основании которых была разработана концепция перспективной

трехуровневой системы медико-социальной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) [13, с. 539-541]:

- линейная модель: маршрутизация детей целевых групп, в зависимости от возраста;
- веерная модель: дети целевой группы, выявленные в организациях системы здравоохранения, направляются к социальному участковому по месту жительства – координатору процесса оказания услуг РП в службах различной ведомственной принадлежности;
- муниципальная организационная модель оказания ранней помощи;
- разработана методика маршрутизации инвалидов, детей-инвалидов на основе модифицированной шкалы Рэнкин, шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ) и основных ограничений жизнедеятельности инвалидов, детей-инвалидов;
- на основе методических рекомендаций Минтруда и в соответствии с Международной классификацией функционирования приобретено оборудование для реабилитационных организаций всех уровней;
- разработаны методические рекомендации по размещению оборудования в реабилитационных организациях, его применению и оценке эффективности его использования;
- на основе разработанного и актуализированного в рамках Пилотного проекта профессионального стандарта «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере», подготовлены программы обучения специалистов организаций и учреждений, оказывающих реабилитационные услуги [13, с. 538-540].

Опыт Свердловской области представлен многоэтапной моделью диагностики в системе ранней помощи детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) инвалидностью, которая определила потенциальную потребность в услугах ранней помощи в регионе, через 4 модели маршрутизации оказания услуг в зависимости от контингента детей в системе социальной защиты населения:

1-й этап – медицинское обследование. Перинатальный скрининг – комплекс медицинских исследований (лабораторных, ультразвуковых), направленный на выявление группы риска по развитию пороков плода во время беременности. Неонатальный скрининг – один из способов выявления, наиболее распространенных врожденных и наследственных заболеваний у новорожденных детей, позволяющий обеспечить раннее выявление заболеваний и их своевременное лечение, предотвращение развития тяжелых проявлений заболеваний, ведущих к инвалидизации. При выявленных нарушениях или риске их возникновения медицинская организация направляет семью с ребенком в Службу ранней помощи.

2-й этап (при отсутствии медицинского обследования может являться первым этапом) – комплексное обследование ребенка в психолого-медико-педагогической комиссии, с целью подготовки рекомендаций и направления в Службу ранней помощи, согласно выявленным нарушениям; определения, соотношения нарушенных и сохранных функций (потенциальных возможностей).

3-й этап – диагностическое сопровождение ребенка в Службе ранней помощи, которое включает в себя:

- углубленное психолого-педагогическое обследование (оценку), разработку комплексной индивидуальной программы ранней помощи, с целью сопровождения семьи и ребенка;
- обследование ребенка для оценки динамических изменений, внесение корректив в комплексную индивидуальную программу ранней помощи сопровождения семьи и ребенка;
- итоговое обследование для оценки эффективности пребывания в Службе ранней помощи.

4-й этап – комплексное обследование ребенка в ПМПК с целью оценки динамики в развитии ребенка и определения дальнейшего образовательного маршрута. Для обоснованного определения дальнейшего образовательного маршрута ребенка с ограниченными возможностями здоровья, оптимально

соответствующего его специальным потребностям, и принятия решения о его интеграции в ту или иную образовательную среду, определения потребности в дальнейшем комплексном сопровождении [105, с. 55-60].

Реализация третьего этапа маршрутизации возложена на координатора и исполнителя услуг ранней помощи, в лице государственного бюджетного образовательного учреждения Свердловской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ресурс», который, в свою очередь, реализует свою деятельность по следующим направлениям:

- координирует деятельность служб ранней помощи системы образования Свердловской области;
- предоставляет аналитико-статистическую информацию для Министерства образования и молодежной политики Свердловской области;
- является активным участником внедрения инновационных технологий ранней помощи;
- организует информационно-просветительскую деятельность в сфере ранней помощи;
- оказывает консультативную и методическую помощь руководителям и специалистам образовательных учреждений Свердловской области, реализующих раннюю помощь;
- организует повышение квалификации специалистов и руководителей;
- участвует в создании комфортной предметно-развивающей среды в службах области;
- проводит мониторинг образовательных организаций Свердловской области, реализующих услуги ранней помощи;
- участвует в реализации межведомственного маршрута ранней помощи детей целевой группы.

По информации, представленной государственными образовательными организациями, подведомственными Министерству образования и молодежной политики Свердловской области и органам местного

самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования, на 31 декабря 2020 года Службы ранней помощи созданы в 24 территориях, структурные подразделения по оказанию ранней помощи созданы в 37 учреждениях:

- 23 муниципальных дошкольных образовательных организации;
- 8 центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (ЦППМСП);
- 5 государственных образовательных учреждений Свердловской области.

За период деятельности Служб ранней помощи в системе образования Свердловской области с 2018 года услуги ранней помощи получили **3857** детей, из них 1867 – это дети, семьи которых обеспокоены вопросами задержки в физическом, когнитивном, коммуникативном, социальном, эмоциональном и адаптивном развитии.

Специалисты Центра «Ресурс» в рамках соглашений о межведомственном взаимодействии с организациями-партнерами (ГАУЗ СО «Многопрофильный Клинический Медицинский Центр «БОНУМ», ГАУСО СО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья «Талисман» города Екатеринбурга», ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1», ГКОУ СО «Школа-интернат № 17») проводят информирование родителей об учреждениях здравоохранения и социальной политики, оказывающих медицинские и реабилитационные услуги, организуют содействие родителям в получении услуг ранней помощи, информируют о некоммерческих организациях, оказывающих помощь и поддержку семьям с детьми с генетическими заболеваниями: Свердловская региональная общественная организация инвалидов «Солнечные дети», Благотворительный фонд помощи детям-инвалидам с аутизмом и с генетическими нарушениями «Я – особенный», Детский творческий центр «Развитие», ассоциация «Особые люди» и другие.

Таким образом, рассмотрев процесс становления и функционирования системы ранней помощи в современных условиях Российской Федерации,

можно сказать следующее, что в отдельных регионах деятельность по развитию служб ранней помощи стала важным профессиональным опытом. Благодаря результатам, полученным в рамках Пилотного проекта и информации о развитии ранней помощи, в 2 субъектах Российской Федерации, была выявлена высокая потребность в необходимости получения услуг ранней комплексной помощи семьями, воспитывающими детей с особенностями в развитии.

2.2. Консультационная работа с семьями, воспитывающими детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра, как одно из направлений деятельности специалистов службы ранней помощи

Современная ситуация в системе образования, связанная с преобразованием педагогического процесса в сторону гуманизации и ценностного отношения к личности конкретного ребенка, имеющего особые образовательные потребности, решение его проблем предъявляет более широкие требования к консультативной деятельности специалистов разного профиля, в том числе, имеет важное значение в деятельности специалистов, оказывающих услуги ранней помощи.

Особое положение в этом вопросе занимают семьи, воспитывающие детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, имеющими расстройство аутистического спектра (далее – РАС, аутизм). Традиционно семья воспринимается как естественная среда, обеспечивающая гармоничное развитие и социальную адаптацию любого ребенка. Для любого ребенка, семья, даже с особенностями в развитии, является первым и главным социальным институтом. Именно в семье создаются необходимые условия для формирования ценностных ориентиров, установок, эмоционального отношения к людям, что образует основу для развития личности в целом.

Работа с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, обусловлена основными направлениями государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации, целью которой является обеспечение социализации детей, находящихся в особо трудных обстоятельствах, их полноценной реабилитации, в том числе медицинской, психологической и социальной, для успешной их интеграции в общество.

На современном этапе развития нашей страны, активного продвижения инклюзивной практики – процесса включения детей с нарушениями развития

в среду обычных сверстников, становления и формирования системы ранней комплексной помощи, активное развитие деятельности психолого-медико-педагогических комиссий, привели к серьезным изменениям в системе образования. В первую очередь, подобные изменения коснулись служб ранней помощи и нашли отражение в реализации консультативной функции, в контексте которой должен быть проведен такой аспект как консультационная услуга [83, с. 5-7].

В настоящее время можно говорить о нескольких нормативно-правовых документах, которые определяют законодательную основу функционирования системы ранней помощи на территории Российской Федерации. Помимо действующего Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 года № 273-ФЗ, который раскрывает понятие «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья» и гарантирует реализацию права «для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов», разработана Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации до 2020 года (далее – Концепция), утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 года № 1839-р, согласно которой определены основные положения Всеобщей декларации прав человека, Конвенции о правах ребенка в части создания комфортной и доброжелательной для жизни среды, обеспечения доступности и качества дошкольного образования для детей-инвалидов, детей с ограничениями жизнедеятельности, не имеющих статуса ребенка-инвалида, детей из групп риска, включая детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также для детей, находящихся в социально опасном положении. Заложенные в основу Концепции принципы и задачи раскрывают значимые направления деятельности специалистов служб ранней помощи, предусматривают формирование методической базы программ

ранней помощи, совершенствование механизмов своевременного выявления детей, нуждающихся в ранней помощи, которые, в свою очередь, являются важным условием организованного исполнения консультационных услуг семьям в организациях, предоставляющих психолого-педагогические услуги ранней помощи [46, с. 96-97].

Слово «консультирование» происходит от лат. *consultare* – совещаться, заботиться, советоваться. Под этим словом в русском языке понимается совет, разъяснение специалиста по какому-либо вопросу, беседа с целью расширения и углубления знаний. Буквально «консультировать» означает давать совет по интересующей проблеме.

Психологическое консультирование:

- прикладная отрасль современной психологии, основной задачей которой является разработка теоретических основ и прикладных программ оказания психологической помощи психически и соматически здоровым людям в ситуациях, когда они сталкиваются с проблемами;
- прикладная отрасль современной психологии, суть которой заключается в оказании психологом-консультантом психологической помощи клиенту в ходе специально организованной беседы, направленной на осознание клиентом сущности проблемы и способов ее решения;
- психологическая помощь психологически здоровым людям в совладении с различного рода внутри- и межличностными затруднениями в процессе специально организованного взаимодействия;
- процесс взаимодействия между помогающей стороной и стороной, обращающейся за помощью, который включает применение специалистом психологических теорий и коммуникативных навыков для решения личных проблем, трудностей и стремлений клиента.

Главная идея психологического консультирования – практически любой психически здоровый человек в состоянии справиться с большинством возникающих в его жизни проблем. Клиент в силу различных причин может не всегда осознавать истинную причину проблемы, наилучшие

способы ее разрешения, и именно здесь нужна помощь психолога. Психологическое консультирование не является простым набором техник, которые использует в своей работе специалист, оно предполагает установление специальных, особых отношений между консультантом и клиентом. Консультирование имеет место только тогда, когда между обеими сторонами (клиентом и консультантом) существует договоренность о проведении сессии и когда консультант не выполняет по отношению к клиенту никакой другой роли, кроме роли консультанта. Клиент, в свою очередь, ощущая дискомфорт, осознает, что он нуждается в помощи или поддержке, хотя не всегда отдает себе отчет в том, что именно он хотел бы изменить. Психологическая консультация включает три важнейших аспекта:

- деятельность консультируемого по выявлению и оказанию помощи в разрешении собственных затруднений путем внутреннего психологического изменения (роста);
- деятельность консультанта по выявлению и оказанию помощи в разрешении значимых для консультируемого жизненных задач (затруднений);
- психологические новообразования в душевной жизни, изменения отношений, способов, самооценки, самоощущений, появление новых переживаний, планов, открытие новых возможностей.

Обратимся к понятию «Консультативная помощь» (деятельность, работа) – это особый вид услуг, в основе которого лежит предоставление информации в различных формах. Данное направление деятельности достаточно широко используется специалистами психолого-педагогического профиля. Реализация функций по предоставлению этой услуги, строится на применении определенных форм взаимодействия, методов и приемов работы.

Для четкого понимания содержания направлений консультационной деятельности, рассмотрим следующие определения – «консультирование», «консультационная работа», «технологии консультации».

В психологическом словаре понятие «консультирование» определено следующим образом – специфическая форма помощи консультанта клиентам при решении встающих на их жизненном пути задач; непосредственная выработка практических инструкций (советов) для особой группы клиентов [86].

Выше изложенное определение в полной мере отражает все содержательные аспекты «консультирования» специалистов служб ранней помощи. Данная форма помощи, в первую очередь, реализуется в отношении родителей (законных представителей), так как они нуждаются не только в конкретной информации о развитии собственного ребенка, но и в оказании поддержки со стороны специалистов, которая позволяет повысить уровень собственной компетентности семьи. Правильный выбор общих подходов к воспитанию, развитию и взаимодействию, способствует грамотной организации среды вокруг ребенка, с целью закрепления и развития новых навыков.

Рассмотрим понятие «консультационная работа». В толковом словаре С.И. Ожегова термин «работа» рассматривается как занятие, труд, деятельность; понятие «консультация», как было сказано ранее, автор определяет, как совет, даваемый специалистом.

Следовательно, если рассмотреть как единое целое толкование данных терминов, то «консультационная работа», будет рассматриваться в следующем контексте как непрерывный процесс деятельности (взаимодействия), направленный на решение различного рода проблем и трудностей, обусловленный систематической работой с родителями ребенка раннего возраста, а также сотрудничеством со специалистами образовательных организаций, центрами, оказывающими психолого-медико-педагогическую и социальную помощь, учреждениями здравоохранения, досуговыми, оздоровительными и культурно-просветительными учреждениями.

Цели и задачи консультирования специалисты определяют по-разному, в зависимости от того подхода к психологическому консультированию, в рамках которого предпочитает работать специалист.

Ю.Е. Алешина полагает, что цель психологического консультирования – оказание психологической помощи, то есть разговор со специалистом, который должен помочь человеку в решении его проблем и налаживании взаимоотношений с окружающими.

Применительно к этой цели выдвигаются следующие задачи:

1. Выслушивание клиента, в результате чего должно расшириться его представление о себе и собственной ситуации, возникнуть пища для размышлений.
2. Облегчение эмоционального состояния клиента, то есть благодаря работе психолога-консультанта клиенту должно стать легче.
3. Принятие клиентом ответственности за происходящее с ним. Имеется в виду, что в ходе консультации локус жалобы клиента должен быть переведен на него самого, человек должен ощутить свою ответственность и вину за происходящее, только в этом случае он будет действительно стараться измениться и изменить ситуацию; в противном случае он будет лишь ожидать помощи и изменений со стороны окружающих. Программа минимум здесь – показать клиенту, что он сам отчасти способствует тому, что его проблемы и отношения с людьми носят такой сложный и негативный характер.
4. Помощь психолога в определении того, как и что именно можно изменить в ситуации. Взглянув на приведенный выше список задач, нетрудно заметить, что вторая и третья задачи противоположны друг другу. Если мы захотим облегчить эмоциональное состояние клиента, то невольно начнем говорить о том, что он не виноват в том, что так случилось, что нельзя приписывать себе так много ответственности за происходящее; не все от нас зависит, всем людям свойственно ошибаться. И наоборот, если мы захотим побуждать клиента к принятию ответственности за все, что с ним

происходит, то заметим, что это неминуемо приводит одновременно и к ухудшению его эмоционального состояния. Психолог-консультант вынужден балансировать между двумя полюсами этих задач. В каждом конкретном случае он должен самостоятельно решать, какая из этих задач более актуальна. Бывают ситуации, когда тему ответственности и вины с клиентом обсуждать вообще не следует, например, если клиент перенес серьезную утрату. Здесь необходимо скорректировать неадекватные представления, снять груз вины, ответственности.

Г.С. Абрамова считает целью психологического консультирования культурно-продуктивную личность клиента, чтобы человек обладал чувством перспективы, действовал осознанно, был способным разрабатывать различные стратегии поведения и анализировать ситуацию с различных точек зрения. В связи с этим главную задачу психолога-консультанта Г.С. Абрамова видит в том, чтобы создать для нормального, психически здорового клиента условия, в которых он начал бы использовать осознанные нешаблонные способы действия, которые позволили бы ему действовать в соответствии с возможностями культуры.

По мнению Н.Н. Обозова, цель психолога в консультировании – прояснение клиенту причины и следствия жизненных ситуаций. Задачей здесь будет доведение до клиента имеющей отношение к его проблемам психологической информации. Эта задача порождает еще одну: изучение индивидуально-психологических особенностей клиента, чтобы, исходя из них, правильно доводить эту информацию, учитывать, что и в какой форме человек готов принять. В связи с этим Н.Н. Обозов заложил основы типологии клиентов, наметил адекватные способы поведения по отношению к разным типам клиентов психологов-консультантов. Этапы психологического консультирования в рамках этого подхода совпадают с этапами мыслительного процесса.

Чаще всего данный вид деятельности – психолого-педагогическое консультирование используется в работе педагогов-психологов и социальных

педагогов, в силу действующего законодательства определяющего деятельность по развитию и оказанию ранней помощи детям и семьям целевой группы, соответствующий вид услуг стал частью деятельности всех специалистов междисциплинарной команды: учителей-дефектологов, учителей-логопедов (независимо от назначения организации), инструктора АФК, медицинских специалистов, работающих в составе, и применяется он, с целью поддержки семьи и усилению ее воспитательного потенциала, в свою очередь, требует от специалистов глубоких и системных знаний, умений, с точки зрения их профессиональных компетенций [82, с. 17-19].

В большинстве случаев родителям, не имеющим специального или педагогического образования, очень сложно оценить возможности своего ребенка. Разрабатываемые стратегии и технологии психолого-педагогического консультирования обучающихся с ОВЗ позволяют выстроить отношения со всеми участниками образовательного процесса на основе их прав и особенностей, что обеспечивает дальнейшую гуманизацию образования [95, с. 66-67].

В свободной энциклопедии Википедии дается четкое определение понятию «технология» – совокупность методов и инструментов для достижения желаемого результата, соответственно, если учесть определение «консультации» из толкового С.И. Ожегова, «технология консультации» – это совет (помощь) специалистов, применяемых в своей деятельности различные способы, средства, с целью достижения желаемого результата.

Рассмотрим теоретические подходы и модели психологического консультирования (таблица 1).

Таблица 1

Основные модели и подходы консультирования

№ п/п	Модели	Содержание
1	Гуманистические подходы	лично-центрированное консультирование; гештальт-консультирование; трансактный анализ; терапия реальностью (консультирование по реализму)

2	Экзистенциальные подходы	экзистенциальное консультирование, логотерапия
3	Психоанализ	«анализант» (анализируемый клиент) вербализует мысли, включая свободные ассоциации, фантазии и сны, на основании чего консультант пытается сделать заключение о бессознательных конфликтах, являющихся причинами симптомов и проблем характера клиента, и интерпретирует их для клиента с целью их разрешения
4	Поведенческий подход	в центре внимания психолога находится человеческое поведение, действия и результаты наших действий, все внешнее, видимое и объективное. Поведение человека – направленные (направленные к чему-то или от чего-то, в какой-то мере осмысленные и целесообразные) лично или социально значимые действия, источником которых является сам человек и авторская ответственность за которые возлагается на него

Продолжение таблицы 1

№ п/п	Модели	Содержание
5	Когнитивные и когнитивно-поведенческие подходы	рационально-эмотивное поведенческое консультирование; когнитивное консультирование
6	Аффективные подходы	основная терапия, переоценочное консультирование, биоэнергетика
7	Эклектические и интегративные подходы	мультимодальное консультирование, эклектическая терапия, консультирование по жизненным умениям.

В последние годы получили распространение такие подходы, как гипноз по М. Эриксону, психосинтез, нейролингвистическое программирование, ориентированная на решение проблемы краткосрочная психотерапия.

Отдельные авторы считают, с методологической точки зрения следует выделять три основных подхода: психодинамический, когнитивно-бихевиористский и гуманистический – они наиболее фундаментально отличаются друг от друга по своим взглядам на человека и природу его эмоциональных и поведенческих проблем.

С самого начала развития консультирования и психотерапии некоторыми специалистами отмечалось, что между различными подходами к консультированию больше сходств, чем различий.

Наряду перечисленными подходами, часто используется интегративный подход, в котором не только применяют техники, используемые в различных подходах, но и пробуют комбинировать различные теоретические позиции.

Ставший более популярным в 80-е гг. термин «интеграция» означает более амбициозный концептуализированный подход, в рамках которого консультант создает новую теорию или модель из элементов различных теорий или моделей.

В рамках интегрирующего подхода (90-е годы) все большее распространение получили так называемые «транстеоретические» конструкты – подходы, в рамках которых была сделана попытка разработать

такие механизмы и процедуры направленных на изменения воздействий, которые не вписывались бы ни в одну из существующих моделей.

Наиболее яркими примерами транстеоретического подхода является модель «умелого помощника», осуществляющего «менеджмент проблем» (Г. Эган), модель «самоутверждения» (Дж. Эндрюс) и когнитивно-аналитическая терапия (А. Рейли) [86].

В сфере образования и социальной сфере большое распространение получила модель Г. Эгана, в соответствии с которой, клиент ищет помощи консультанта в случаях, когда ему трудно справиться со своими жизненными проблемами. Основная задача консультанта – помочь клиенту найти и реализовать соответствующие решения этих проблем. В этой модели процесс консультирования рассматривается как серия последовательных стадий: начальная, средняя и завершающая (таблица 2).

Таблица 2

Стадии консультирования

Начальная стадия	Средняя стадия	Завершающая стадия
Установление отношений	Переоценка проблемы	Подбор изменений
Прояснение проблемы	Поддержка отношений	Перенос результатов
Диагностика	Уточнение контракта	Изменения
Контрактирование		Завершение отношений

Цели **начальной** стадии:

- установление рабочих взаимоотношений;
- прояснение и определение проблем;
- диагностика и формулирование гипотез;
- контрактирование.

Стратегии и процедуры:

- изучение/зондирование: помощь клиентам в объяснении своих тревог;
- приоритаризация и фокусировка; принятие решения об очередности работы с проблемами клиента и что является стержневым моментом;
- коммуникация: принятие и понимание.

Цели **средней** стадии:

- переоценка проблем: помощь клиентам увидеть самих себя и свои проблемы в другой, более обнадеживающей, перспективе;
- поддержание рабочих взаимоотношений;
- пересмотр контракта (если необходимо).

Стратегии и процедуры:

- конфронтация: помогает клиентам осознать используемые ими самими уловки и трюки, препятствующие изменениям;
- предоставление обратной связи: дает возможность клиентам понять, как их воспринимает консультант;
- предоставление информации: может помочь клиентам увидеть себя в другом ракурсе;
- директивные предписания: направлено на изменение привычных стереотипов поведения;
- самораскрытие консультанта: рассказ о собственном опыте (используется редко);
- оперативная обратная связь: предоставление клиентам точки зрения консультанта на происходящем между ним и клиентом в «здесь и сейчас».

Цели завершающей стадии:

- выбрать подходящее изменение: клиенты должны знать, какие изменения возможны и каких конкретно результатов они хотят добиться;
- перенос результатов научения: применение результатов консультирования в работе с проблемами в повседневной жизни;
- осуществление изменения: конкретные действия клиентов;
- завершение консультативных отношений: предполагает признание прекращения этих отношений, а также выполнения контракта.

Стратегии и процедуры:

- целеполагание: определение, при помощи специальных приемов (дискуссия, воображение, ролевая игра и др.), совместно с клиентами ожидаемых результатов;

- планирование действий: выбор из всех доступных для клиентов возможностей и планирование конкретных действий;
- оценивание: оценка успешности действий клиентов с точки зрения решения их проблем;
- завершение: обзор проделанной работы, помощь клиенту в осознании всего происшедшего, работа с возможным чувством печали клиентов из-за прекращения консультативных отношений.

Г. Эган рассматривает консультирование как «менеджмент проблем», т. е. управление проблемами (именно не «решение», поскольку не все проблемы могут быть окончательно разрешены), и выделяет девять стадий помощи клиенту, из которых центральными являются три (рисунок 1).



Рис. 1. Консультативная модель Г. Эгана

Представленная выше консультативная модель является основой при осуществлении консультативной деятельности каждым специалистами службы ранней помощи, в процессе ее реализации выявляется сравнительный анализ запроса семей в получении услуг ранней помощи,

содержание и специфические компоненты консультационной работы с семьей.

Для обеспечения условий внедрения и отработки технологий ранней помощи детям и семьям в образовательных организациях по заказу ГБОУ СО «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи “Ресурс”» был разработан алгоритм оказания услуг ранней помощи, где одной из ведущих форм профессионального общения, на каждом из этапов, была определена услуга консультирование.

Таким образом, консультационная работа является приоритетной в деятельности специалистов службы ранней помощи и прослеживается на каждом этапе оказания услуг семье и ребенку.

Главной целью консультационной деятельности службы ранней помощи является помощь в решении проблем клиента. Семьи, воспитывающие детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра, постоянно сталкиваются с большим количеством разнообразных проблем, поэтому, практически постоянно нуждаются в советах и консультациях по поводу особенностей поведения, настроения, самообслуживания ребенка, с которыми они самостоятельно не могут справиться, у них возникают вопросы: как научить ребенка самостоятельно одеваться и пользоваться туалетом, как вести себя во время его истерик или проявлений агрессии, что делать, чтобы ребенок стал реагировать на обращение к нему и начал общаться, и многие другие [90, с. 347-348].

Очевидно, что ответы на поставленные вопросы, родители должны получить от компетентных специалистов, профессионалов своего дела, имеющих не только теоретические знания и опыт работы с особыми детьми, но и хорошо разбирающихся в многочисленных проблемах, с которыми может столкнуться семья, воспитывающая ребенка раннего возраста с расстройством аутистического спектра. Известно, что первые обращения в службы ранней помощи семей, воспитывающих ребенка с РАС, происходят в возрасте 2–3 лет, часто родителей беспокоит то, что ребенок не говорит или

не взаимодействует со сверстниками. Одной из целей их визита может быть скрытое желание получить второе независимое экспертное мнение после того, как кем-то уже до этого был озвучен тяжелый для принятия семьей диагноз. Определенно, описанная выше ситуация, является важным условием для постановки основных задач, которые позволят специалисту ранней помощи в рамках консультационной деятельности развеять родительские сомнения и тревоги [93, с. 212-214]:

- помочь родителям справиться с тяжелым стрессом;
- начать оказывать помощь семье и ребенку по налаживанию взаимодействия, в том числе приобретения навыков общения с другими людьми;
- оценить уровень активности и ограничений жизнедеятельности ребенка с РАС по доменам, описанным в международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности, с целью улучшения способностей ребенка функционировать в его обычной жизни;
- предоставить родителям всю необходимую информацию о результатах проведенной оценки, относительно тех шагов, которые они должны предпринять, в максимально короткое время, чтобы нормализовать их повседневную жизнь, улучшить функционирование ребенка, основываясь на его сильных сторонах, возможностях и ресурсах.

В своей консультационной работе специалист ранней помощи должен придерживаться следующих принципов:

- доброжелательность и безоценочное отношение к клиенту, помощь и понимание;
- дифференцированная помощь, учитывающая уровни родительской мотивации и базовый уровень осведомленности о характере проблем ребенка;
- проявление эмпатии в оценке ценностных ориентаций клиента: умение встать на его позицию, взглянуть на ситуацию его глазами;
- конфиденциальность (анонимность);

- включенность клиента в процесс консультирования;
- наличие уровня обратной связи со стороны родителей;
- применяет установленные формы консультирования родителей: индивидуальное консультирование; групповое консультирование (междисциплинарное); дистанционное консультирование.

На этапе констатирующего эксперимента проведен сравнительный анализ запроса семей с детьми раннего возраста, в том числе, родителей воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра, на получение услуги «консультирование» в службе ранней помощи Государственного бюджетного образовательного учреждения Свердловской области Центр «Ресурс» (далее – Центр «Ресурс») в период с 2018 по 2021 год. Проведенный мониторинг обращений, в свою очередь, определил важность и приоритетность данного направления в области системы ранней комплексной помощи. Согласно данным, полученным в результате подсчета заключенных договоров с родителями (законными представителями), общее число обращений на получение консультационной услуги, в заявленный выше период, увеличилось на 102 человека, а количество запросов среди семей с РАС возросло на 13 человек (таблица 3).

Таблица 3

Доля семей с детьми с РАС, от общего числа обратившихся за консультацией

	2018	2019	2020	2021
Общее число обратившихся	90	106	110	192
Кол-во семей с детьми с РАС	3	7	8	16

Следовательно, отмечается положительная тенденция к использованию данного вида помощи в условиях службы ранней помощи Центра «Ресурс», о чем говорит повышенный спрос на услугу «консультирование» среди семей, имеющих детей целевой группы (рисунок 2).

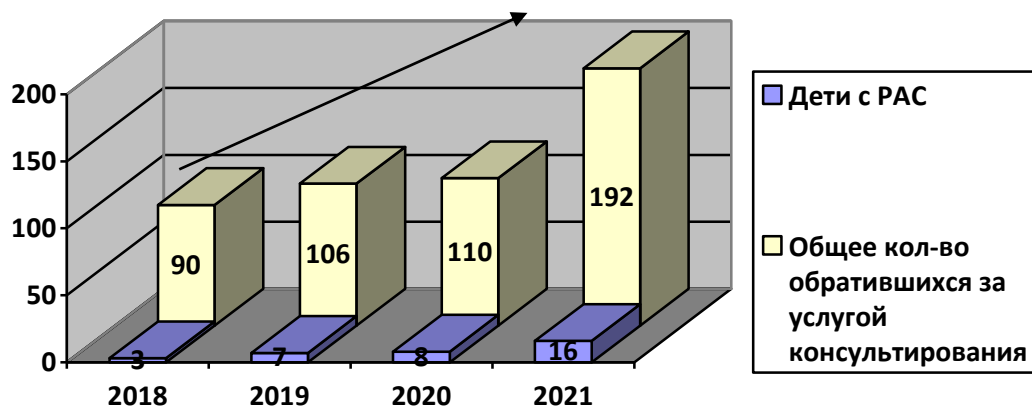


Рис. 2. Доля детей с РАС от общего числа обратившихся человек за услугами консультирования в СРП

По результатам проведенного эксперимента, заявленного выше, было принято решение по разработке программы психолого-педагогического консультирования, с целью оценки выявления потребности и уровня удовлетворенности семей услугами консультирования.

ГЛАВА 3. ПРОГРАММА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (НА ПРИМЕРЕ ГБОУ СО ЦППМСП «РЕСУРС»)

3.1. Социальный портрет семей с ребенком раннего возраста с расстройством аутистического спектра, обратившихся в службу ранней помощи (на примере ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс»)

В процессе практического исследования автором была проведена работа по анализу статистических данных о семьях, воспитывающих детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра, обратившихся в отделение службы ранней помощи ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс» за учебный период с сентября 2020 года по май 2021 гг.

В соответствии с представленными статистическими данными Службы ранней помощи общее число детей, обратившихся в отделение за получением консультационных услуг за заявленный период, составляет 192 человека.

Из них 16 человек имеют в диагнозе «расстройство аутистического спектра» (далее – РАС), что соответствует 8% от общего числа обследованных.

По данным таблицы 4 видно, что основная возрастная категория детей данной нозологической группы, обратившаяся в службу ранней помощи – это дети от 2 до 3 лет, что составило 100% от общего числа обратившихся детей с РАС (таблица 4).

Таблица 4

Распределение детей раннего возраста с РАС по возрастному признаку

Возраст детей	От 0 до 1 года	От 1 до 2 лет	От 2 до 3 лет
Количество детей от общего числа обратившихся детей с РАС	0%	0%	100%

Следовательно, учитывая показатели, представленные в таблице, можно сделать вывод о заинтересованности родителей (законных представителей) в непрерывном развитии и воспитании детей с РАС, о соблюдении их прав и своих непосредственных родительских обязательств по их реализации.

Согласно типу семьи, по данным таблицы 5 видно, что чаще в комиссию обращаются полные семьи, что соответствует 81% от общего количества обратившихся детей с РАС (таблица 5).

Таблица 5

Распределение родителей, имеющих детей с РАС по типу семьи

Неполная семья	Полная семья
19% обратившихся	81% обратившихся

С учетом вышеуказанных показателей, можно предположить следующее, что многие семьи, столкнувшись с такой проблемой как рождение особого ребенка, осознают необходимость в оказании ему непрерывной помощи, соответственно, работая над сложившейся перед ними задачей, объединяются в дальнейшем ее решении.

Если сравнивать возраст детей раннего возраста, относительно посещения дошкольной образовательной организации, можно увидеть следующее, что в основном в Службу ранней помощи обращаются семьи, не посещающие детские дошкольные организации, что соответствует 18% от общего числа обратившихся детей с РАС, а это не значительный показатель, но он как раз говорит о том, что родителей, имеющих детей данной возрастной категории, не интересует вопрос посещения детского сада, их, в большинстве своем, волнует комфортная благоприятная среда, созданная семьей, которая благоприятно влияет на его развитие (таблица 6).

Таблица 6

Распределение детей раннего возраста с РАС, относительно посещения дошкольной образовательной организации

Организованные в ДОО (ясли)	Неорганизованные в ДОО (ясли)
0% обратившихся	100% обратившихся

Таким образом, учитывая данные таблицы 6, можно сделать следующий вывод, что родители психологически не готовы к расставанию со своим ребенком, так как в силу возраста не всегда у ребенка сформированы навыки самообслуживания и выработан устойчивый иммунитет к инфекционным заболеваниям; в большинстве случаев они не готовы к взаимодействию со специалистами, которые не всегда могут разделить их тяжелый стресс по принятию особенностей развития ребенка.

Таблица 7

Информация о детях с РАС, обратившихся в СРП
после получения рекомендаций ПМПК

Наличие рекомендаций ПМПК	Отсутствие рекомендаций ПМПК
6%	94%

Если обратиться к сравнительному анализу полученных статистических данных за 2021–2022 учебный год о детях с РАС, которые обратились в Службу ранней помощи после обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (таблица 7), то можно отметить следующее, что большая часть семей, не обращалась в комиссию за получением рекомендаций, более того, родители не знают, для чего необходимо заключение с рекомендациями комиссии и что это в дальнейшем даст их ребенку.

Полученная статистика, представленная в таблице, позволяет сделать вывод о том, что специалисты ранней помощи, при оказании консультативных услуг по поддержке семьи согласно регламента работы отделения, должны информировать родителей о необходимости и важности их обращения в психолого-медико-педагогические комиссии для решения вопросов о необходимости создания специальных образовательных условий, с последующим оказанием психолого-педагогической поддержки в дошкольных образовательных организациях.

Если рассмотреть показатели таблицы 8, то из них видно, что всем обратившимся семьям и их детям, после первичной консультации, была

определена нуждаемость в необходимости разработка индивидуальной программы ранней помощи (далее – ИПРП).

Таблица 8

Информация о семьях, имеющих детей с РАС,
нуждающихся в разработке ИПРП

Нуждается в ИПРП	Не нуждается в ИПРП
94% обратившихся	6% обратившихся

С учетом вышеуказанных показателей, можно сделать вывод о том, что дети раннего возраста с РАС, особая и сложная категория обратившихся, которая нуждается в систематической поддержке и оценке специалистов, способствующих развитию и улучшению функционирования ребенка и семьи в ежедневных жизненных ситуациях.

Относительно возрастных показателей родителей детей целевой группы, представленных в таблице 9, можно сказать следующее, что первое место по частоте обращений занимает возрастная категория родителей от 30 до 39 лет, из них 56% – это отцы, 60% – матери. Второе место – родители от 40 до 49 лет, из них 26% – отцы, 34% – матери. На третьем месте показатели распределились следующим образом – родители от 20 до 29 лет (из них 6% – это отцы, а 6% – матери), немногочисленная категория родители от 50 до 59 лет, 70 лет и старше (из них только отцы, что соответствует 12% обратившихся).

Таблица 9

Показатели возраста родителей, обратившихся на ПМПК

Член семьи	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70 и старше
Отец	6%	56%	26%	6%	0	6%
Мать	6%	60%	34%	0	0	0

Представленные в таблице показатели свидетельствуют о том, что большему риску рождения ребенка с РАС подвержены родители, имеющие

возрастную категорию от 30 до 39 лет, причем это единственный ребенок в семье.

Если взять во внимание уровень образования семей, то большинство – это родители, которые закончили высшее учебное заведение, что соответствует: у отцов – 77% обратившихся, у матерей – 81% от общего количества обратившихся родителей. Примерно на одном уровне, а это второе место – занимают родители, имеющие среднее образование, из них 13% – матери, 15% – отцы. Незначительная часть семей на третьем месте – те родители, которые имеют неполное высшее образование, из них 8% – отцы, а 6% – матери (таблица 10).

Таблица 10

Информация об образовании родителей, имеющих детей с РАС

Член семьи	Среднее	Средне-специальное	Незаконченное высшее	Высшее
Отец	0	15%	8%	77%
Мать	13%	0	6%	81%

Учитывая полученные выше данные, можно сделать вывод о том, что основная масса семей, воспитывающих детей с РАС имеет высокий уровень образованности, а их дети воспитываются в достатке и благополучии.

Если рассмотреть род занятий семей, то большинство родителей детей с РАС имеют руководящие должности, где отцы – 46% от общего числа обратившихся, а матери – только 25%. На втором месте по роду занятий оказались безработные матери, что составило 40% обратившихся, при этом отец либо юридически отсутствует, либо с семьей не проживает. Остальная масса родителей имеет сравнительно небольшие различия в показателях, из них на менеджерских должностях (31% – отцы, 16% – матери), имеют рабочие специальности (23% – отцы, а матери в числе домохозяек – 40%) (таблица 11).

Таблица 11

Род занятий родителей, имеющих детей РАС

Член	Не	Рабочие	Бухгалтерия	Менеджерские	Руководители
------	----	---------	-------------	--------------	--------------

семьи	работает	специальности		должности	
Отец	0	23%	0	31%	46%
Мать	40%	0	19%	16%	25%

Сравнительный анализ рода занятий родителей показал, что в своем большинстве семьи имеют высокий социальный статус, что, собственно, и определяет повышенный интерес и ответственное отношение к своему ребенку.

Таким образом, характеризуя социальные портреты семей, имеющих ребенка раннего возраста с РАС, можно сделать следующий вывод, что основная масса детей, родители которых обратились за услугами консультирования в отделение службы ранней помощи Центра «Ресурс», – это дети из полных семей в возрасте от 2 до 3 лет, большая часть которых, до обращения в службу ранней помощи Центра «Ресурс», не посещала дошкольную образовательную организацию и не получала квалифицированную психолого-педагогическую поддержку от специалистов соответствующего профиля. Полученные исследования показывают, что повышенному риску рождения ребенка с РАС подвержены люди в более старшем в возрасте от 30 до 39 лет, от 40–49 лет, как правило, – это единственный или первый ребенок в семье. Принимая во внимание образовательный ценз всех членов семьи, можно сделать заключение о достаточно высоком уровне их культуры и активности, что, собственно, определяется в повышенном интересе и ответственном отношении к своему ребенку при решении проблем в вопросах лечения, образования и воспитания. Профессиональный профиль родителей представлен высоко интеллектуальными, эмоционально сдержанными людьми из благополучных слоев общества, в своем большинстве по роду деятельности занятых на руководящих и менеджерских должностях в сфере бизнеса.

3.2. Характеристика программы

психолого-педагогического консультирования семей с ребенком

**раннего возраста с расстройством аутистического спектра
(на примере службы ранней помощи ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс»)**

В Центре «Ресурс» ежегодно специалисты всех отделений разрабатывают рабочие программы по консультированию, сопровождению и обучению детей целевой группы, в том числе детей-инвалидов и воспитанников, имеющих ограниченные возможности здоровья. Автору представилась возможность описать полученный опыт, используя наглядный пример по психолого-педагогическому консультированию семей, воспитывающих детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра, специалистами службы ранней помощи на примере Центра «Ресурс». Представленный автором опыт – это программа психолого-педагогического консультирования, которая включает в себя: пояснительную записку, основное содержание программы, задачи, рекомендации по организации научно-методического и материально-технического обеспечения и планируемые результаты. Основой для разработки программы психолого-педагогического консультирования послужил повышенный спрос среди семей, воспитывающих ребенка раннего возраста с РАС на получение услуги «консультирование» и проведение мониторинга ее эффективности в условиях отделения службы ранней помощи Центра «Ресурс».

Программа психолого-педагогического консультирования семей, воспитывающих детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра (далее – программа) разработана для специалистов Службы ранней помощи ГБОУ СО «ЦППМСП «Ресурс».

Характеризует основной контингент клиентов – дети раннего возраста, описывает трудности потребителей (родителей / законных представителей) и отражает наличие спроса на получение услуги консультирование. Данный раздел содержит краткую информацию о современных научных исследованиях, которые, в свою очередь, определяют важность и необходимость раннего развития ребенка в возрасте от нуля до трех лет, с

целью улучшения его повседневной жизни, что определяет уникальность данной разработки.

Ценностные ориентиры рабочей программы определяются вектором развития Российского образования, содержащимся в стратегических документах Министерства образования и науки последних лет (см. Приложение 1):

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ.
2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 373, «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования».
3. Государственная программа «Развитие образования» на 2013–2020 гг.; новые ФГОС ориентируют Центр «Ресурс» на предоставление равных возможностей получения образования для всех категорий, обучающихся, обеспечение необходимых материально-технических и психолого-педагогических условий для детей с ОВЗ.
4. Приказ Министерства образования и науки РФ от 17.10.2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».
5. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р утверждена «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи» (в ред. приказа Минобрнауки РФ от 12.02.2016).

7. Приказ Министерства общего и профессионального образования Свердловской области от 30.07.2018 № 362-Д «О создании служб ранней помощи в организациях системы образования Свердловской области».
8. Санитарные правила СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» вступил в силу с 1 января 2021 г.; Методические рекомендации по организации услуг ранней помощи детям и их семьям в рамках формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (утв. Министерством труда и социальной защиты РФ 25 декабря 2018 г.).
9. Устав и нормативно-правовые документы Центра «Ресурс»; Учебный планом Центра «Ресурс».
10. Годовой календарный учебный график Центра «Ресурс».

Данная программа основывается на следующих положениях:

1. Дети раннего возраста с РАС обучаются на основе повседневного опыта и взаимодействии с близкими людьми в привычной обстановке.
2. Все семьи при необходимой поддержке и ресурсах могут влиять на обучение детей и улучшать их развитие.
3. Главная роль специалистов ранней помощи – работать с семьей, поддерживая их жизнь с ребенком.
4. Весь процесс ранней помощи должен быть индивидуализирован и строится на потребностях и предпочтениях семьи ее стиле обучения и культурных особенностях.
5. Индивидуальная программа ранней помощи должна содержать функциональные цели основывается на потребностях ребенка и семьи.
6. У каждой семьи имеется куратор, который представляет приоритеты потребности и интересы семьи междисциплинарной команде.
7. Ранняя помощь основывается на ясных принципах доказательных практик, наиболее лучших исследований разработанных законов и положениях.

Программа разработана для категории обучающихся раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, имеющих РАС в возрасте от 0 до 3 лет и составлена с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, и обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию. Она основывается на следующих подходах, обеспечивающих эффективность ранней помощи:

1. Раннее начало – до 3-х лет, обусловленное нейропластичностью детского мозга, направленное на профилактику вторичных нарушений в развитии и функционировании.
2. Семейно ориентированный подход – специалист помогает семье, которая помогает своему ребенку.
3. Индивидуальный подход – индивидуальная программа ранней помощи (ИПРП), построенная с учетом потребностей запроса и особенностей конкретной семьи.
4. Функциональный подход – обучение навыкам повседневной жизни, которые нужны во время общения и социального взаимодействия, самообслуживания, игр и проведения досуга, мобильности, участия в общественной жизни. Цели программы выбираются на основе ожидаемых результатов, а не на диагнозе или нарушениях.
5. Функциональная направленность помощи – акцент на активность ребенка.
6. Обучение в естественной среде: развитие ребенка проводится в домашней среде, что обеспечивает:
 - приобретение функциональных навыков;
 - ежедневный повторяющийся опыт, непрерывность обучения;
 - генерализацию вновь приобретенных навыков в ежедневный контекст;
 - множество новых навыков, приобретаемых в одной рутине;
 - эмоциональное благополучие во время обучения;
 - высокую мотивацию у «педагогов».
7. Междисциплинарный подход.

В службе ранней помощи работает междисциплинарная команда специалистов (в соответствии с МКФ – педагог, логопед, психолог, врач, специалист по адаптивной физической культуре). Команда специалистов следует единым принципам оценки развития ребенка. Для достижения лучших результатов развития ребенка члены команды взаимодействуют между собой в процессе планирования и реализации программы ранней помощи.

8. Научно-обоснованные практики.

Для обследования, построения и реализации программ помощи используются научно-обоснованные методы, инструменты и практики, показавших свою эффективность и безопасность.

Услуги ранней помощи предоставляются детям и их семьям на основе следующих принципов: бесплатности; регулярности (в течение всего времени действия ИПРП); доступности; открытости (информация об услугах ранней помощи должна быть открытой для родителей/воспитателей детей целевой группы); семейно-центрированности (услуги ранней помощи предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка и семьи, направлены на формирование взаимообусловленного, уважительного взаимодействия ребенка с родителями/воспитателями и другими членами семьи, формирование положительных отношений в семье); функциональной направленности (услуги ранней помощи, предоставляемые в рамках ИПРП, должны быть направлены на улучшение функционирования ребенка в ЕЖС, повышение его участия и самостоятельной активности ЕЖС); уважительного отношения (услуги ранней помощи должны предоставляться потребителям в уважительной манере, с учетом их индивидуальных, семейных, религиозных и этнокультурных особенностей, ценностей, установок, мнений, приоритетов); междисциплинарности (специалисты различной профессиональной направленности объединяют свои подходы, методы, приемы и усилия, чтобы улучшить функционирование ребенка в ЕЖС, работают над едиными целями на основе

командного подхода); научной обоснованности (при оказании услуг ранней помощи специалисты должны использовать научно-обоснованные методы и технологии ранней помощи).

Основной целью выступает реализация комплекса консультационных услуг по осуществлению всестороннего, гармоничного развития детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра в соответствии с их возможностями и индивидуальными особенностями. **Основными задачами программы** являются:

1. Содействие развитию общения и речи, мобильности, самообслуживания и бытовых навыков, познавательной активности ребенка в естественных жизненных ситуациях путем организации и поддержания совместной активности ребенка и семьи.
2. Поддержка социального и эмоционального развития ребенка, его взаимодействия с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, формирования привязанности, саморегуляции, в том числе в естественных жизненных ситуациях, а также в области социальных установок и представлений родителей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, улучшение психологического состояния членов семьи с помощью психологического консультирования.
3. Поддержка социализации ребенка, включая взаимодействие со сверстниками, детьми другого возраста и взрослыми вне дома в процессе специально организованной социальной активности.
4. Улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях, повышения качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателем и в семье.
5. Повышение компетентности родителей/воспитателей в вопросах развития и воспитания ребенка, включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

Следует подчеркнуть, что важным компонентом этой работы является формирование правильного отношения к воспитанию ребенка в семье. Педагоги тактично подводят родителей к реальной оценке возможностей ребенка и прогнозированию дальнейших перспектив его жизни. Это помогает родителям оценить значение умений и навыков, необходимых в повседневной жизни, лучше понять своего ребенка.

Подход, основанный на ежедневных рутин – целостная система построения программы помощи ребенку и семье, основанная на изучении семейной среды, отношений, ресурсов, трудностей, беспокойств относительно повседневной жизни и использовании повседневных рутин для развития ребенка и улучшения его функционирования. Содержит в себе методы оценки, по-настоящему ориентированные на семью, позволяющие разрабатывать четкие, конкретные, измеримые цели, которые непосредственно затрагивают приоритеты семьи и помогают детям развивать навыки, имеющие отношение к повседневной жизни. Подход позволяет улучшать навыки членов семьи развивать ребенка в повседневной жизни, продолжая это делать между встречами со специалистом, благодаря чему дети получают большие возможности учиться новому, сохранять и развивать приобретенные умения.

Ведущая роль в выполнении рекомендации специалиста в ЕЖС принадлежит родителям. Специалист консультирует родителей, показывает правильность выполнения упражнений, дает рекомендации по выполнению в домашних условиях.

Важным условием реализации программы является использование эффективных методов и средств работы:

1. *Методы альтернативной и дополнительной коммуникации* используются для всех детей для обеспечения общения и взаимодействия с ними в процессе абилитации, а также для предоставления ребенку возможности коммуникации с близкими в ЕЖС, для лучшего развития у детей речи.

2. *Метод прелингвистического средового обучения* – технология поддержки развития инициированного, то есть исходящего от ребенка, общения, которая используется как в легких, так и в тяжелых случаях ограничений способностей к социальному взаимодействию и общению у детей первых лет жизни. Основными компонентами прелингвистического средового обучения являются: следование за вниманием ребенка, использование невербальных и вербальных средств коммуникации в процессе мотивированного взаимодействия с ребенком.
3. *Эрготерапевтические методы*, основная задача которых состоит в том, чтобы помочь детям с ограничениями жизнедеятельности активно выполнять повседневные дела, например обслуживать себя (одеваться, раздеваться, мыться, принимать пищу и т. д.), участвовать в продуктивной деятельности – играть, рисовать, лепить, а также проводить досуг.
4. Исследовательская, практическая деятельность, включающая в себя работу с наглядным материалом, элементы экспериментирования, наблюдения.
5. Игровая деятельность (обыгрывание ситуаций, инсценировка, элементы театрализации).
6. Словесные методы: беседы, рассказ, чтение произведений литературы (стихи, сказки), использование фольклорного жанра (потешки, прибаутки).
7. Наглядные методы (показ игрушек, рассматривание картин и иллюстраций, просмотр видео сюжетов).

Таким образом, целью психолого-педагогического консультирования становится оказание помощи семьям и специалистам в решении актуальных задач развития и обучения, социализации детей с нарушениями в развитии, проблем взаимоотношений с родителями. Оно носит характер индивидуальной работы и реализуется по отношению ко всем участникам образовательного процесса. В рамках него следует обратить внимание на возможности психолого-педагогического просвещения родителей.

В результате реализации индивидуальных программ ранней помощи в рамках междисциплинарного подхода специалисты Службы ранней помощи понимают планируемый результат как улучшение функционирования ребенка с ограничениями жизнедеятельности (в том числе с инвалидностью) в естественных жизненных ситуациях.

Анализ и оценка выполнения навыков самообслуживания способствует социализации ребенка в общество. Правильность выполнения оценивается в процессе совместных активностей. Начинать можно с любого периода, учитывая индивидуальные особенности детей. Использовать данную программу можно и в других возрастных группах, меняя игры, нагрузку, подбирая упражнения и игры с учетом психофизиологических особенностей детей.

Результаты ранней помощи могут быть оценены как для детей и семей, так и для подразделения ранней помощи.

Результаты для детей определяются в трех основных областях: область, связанная с развитием ребенка, его функционированием в ЕЖС (в соответствии с областями, определенными в МКФ-ДП), с повышением его собственной активности и вовлеченности в ЕЖС; область социального взаимодействия (все изменения, произошедшие в активности ребенка в области социальных отношений, взаимодействия, социального поведения ребенка); область, касающаяся участия ребенка в социальной жизни (возможность участия ребенка как в жизни его семьи, так и в других мероприятиях, характерных для других детей данного возраста без нарушений).

Кроме того, в мониторинге результатов следует учесть следующие показатели: семьи понимают сильные стороны своих детей, их способности и особые потребности, семьи помогают своим детям развиваться; семьи понимают необходимость создания для ребенка особой среды, безопасного, чувствительного, отзывчивого и стабильного социального окружения; у семей есть система поддержки; семьи имеют доступ к желаемым услугам,

программам и мероприятиям в их сообществе; семьи знают свои права и умеют их эффективно отстаивать для своих детей (см. Приложение 2).

3.3. Мониторинг эффективности модели программы психолого-педагогического консультирования семей с ребенком раннего возраста с расстройством аутистического спектра (на примере СРП ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс»)

Основными целями разработки программы психолого-педагогического консультирования и ее реализации в условиях службы ранней помощи Центра «Ресурс» автор определил – проведение мониторинга эффективности разработанной модели программы психолого-педагогического консультирования и оценку уровня удовлетворенности семей, воспитывающих детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра и предоставляемыми в отделении службы ранней помощи консультативными услугами.

Мониторинг результатов психолого-педагогического консультирования семей воспитывающих детей раннего возраста с РАС, осуществлялся по трем направлениям.

Первое – сбор информации о семьях и детях, обратившихся за услугой консультирования в службу ранней помощи Центра «Ресурс» в период с 2018 по 2021 годы, в том числе, выделение среди них, доли семей с ребенком раннего возраста с расстройством аутистического спектра. Данное направление представлено во второй главе в разделе «Консультационная работа с семьями, воспитывающими детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра, как одно из направлений деятельности специалистов службы ранней помощи».

Второе направление представлено результатами анализа статистических данных о семьях и детях раннего возраста с РАС, обратившихся за услугами психолого-педагогического консультирования в 2021 году в отделение

службы ранней помощи, полученные данные отражены в третьей главе в разделе «Социальный портрет семей с ребенком раннего возраста с РАС, обратившихся в службу ранней помощи (на примере ГБОУ СОЦППМСП «Ресурс»).

Третий этап является заключительным и отражает результаты апробации анкет обратной связи на предмет оценки уровня удовлетворенности семей, в том числе воспитывающих ребенка с РАС услугами психолого-педагогического консультирования в службе ранней помощи Центра «Ресурс» в соответствии с отработанным алгоритмом предоставления услуг во всех его формах.

Этапы оказания услуг ранней помощи (далее – РП):

1. Обработка первичного обращения семьи в организацию, предоставляющую услуги РП (в форме консультирования и заполнения опросника (см. Приложение 5).
2. Прием документов и заключение договора об оказании услуг РП (в форме консультирования).
3. Определение нуждаемости ребенка в РП (первичный прием, междисциплинарный консилиум (консультирование (см. Приложение 6)).
4. В случае не выявления нуждаемости в получении услуг ранней помощи – предоставление разовой консультации по развитию ребенка.
5. В случае выявления нуждаемости в услугах ранней помощи вне ИПРП – оказание этих услуг (в форме консультирования).
6. В случае выявления нуждаемости в получении услуг ранней помощи в рамках ИПРП:
 - проведение оценочных процедур и составление ИПРП (в форме консультирования);
 - разработка ИПРП;
 - реализация ИПРП;
 - промежуточная и/или итоговая оценка результативности реализации ИПРП (в форме консультирования);
 - пролонгация или завершение реализации ИПРП (в форме консультирования);

– содействие переходу ребенка в образовательную организацию (рисунок 3).

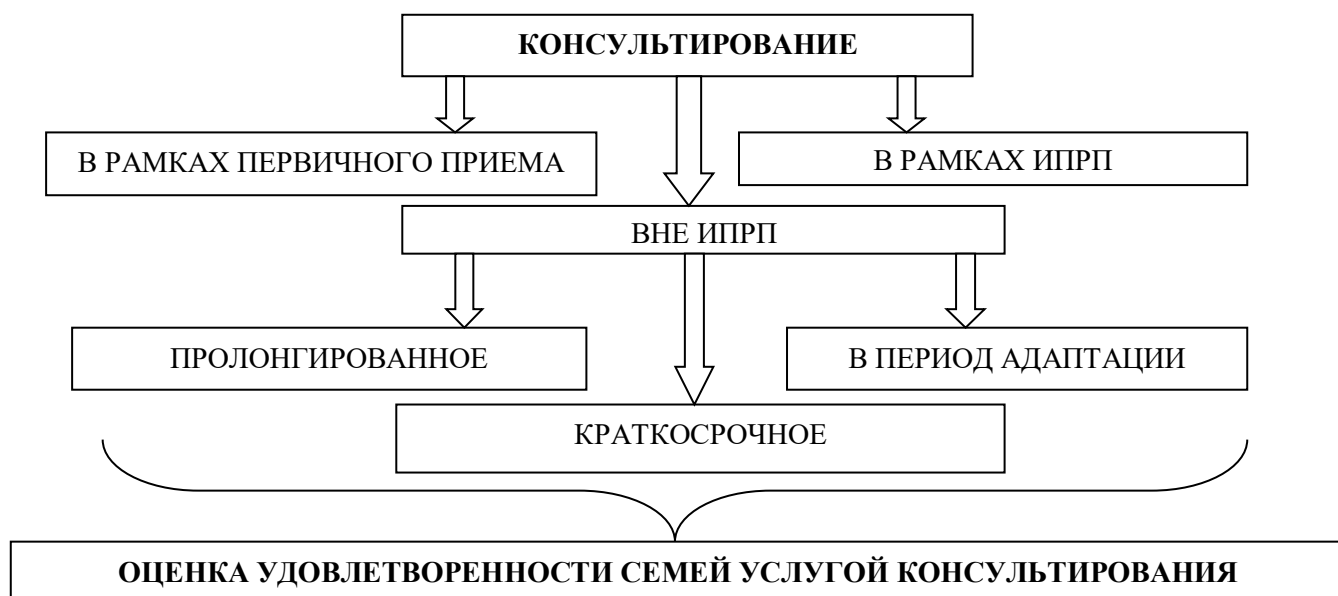
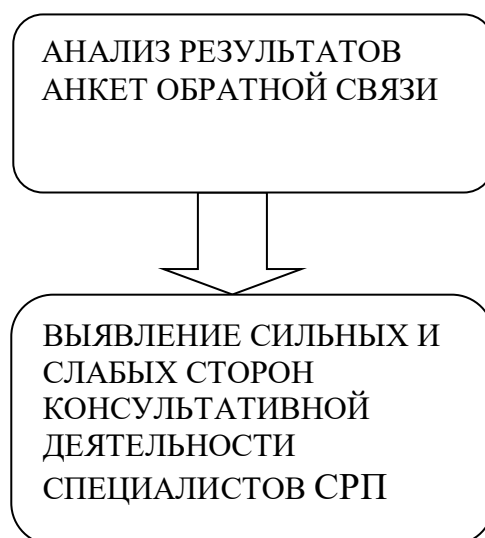


Рис. 3. Последовательность предоставления услуги «консультирование» в службе ранней помощи ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс»

В рамках апробации, на предмет удовлетворенности клиентов услугами консультирования, было проведено анкетирование среди 16 семей с ребенком с РАС, обратившихся в службу ранней помощи Центра «Ресурс» (см. Приложение 3). Календарный период, в который проводился опрос, определялся учебным 2020–2021 годом.

Обработка и анализ результатов, полученных в рамках экспертизы анкет обратной связи, проводилась двумя экспертами, из числа сотрудников отделения службы ранней помощи Центра «Ресурс» (рисунок 4).



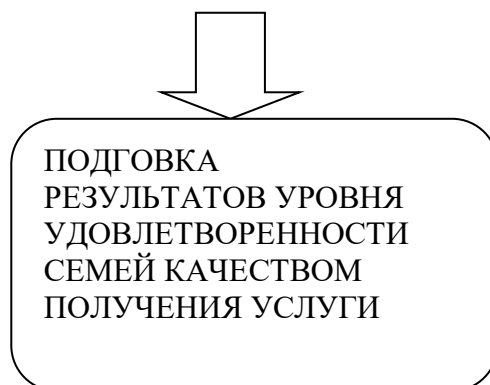


Рис. 4. Схема проведения экспертизы анкет обратной связи

Изучение приоритетов услуг ранней помощи среди родителей детей целевой группы с РАС, выявило высокий уровень удовлетворенности качеством предоставляемых услуг по психолого-педагогическому консультированию: 97% опрошенных указывают, что эти услуги востребованы, семьи довольны деятельностью специалистов СРП и готовы к дальнейшему с ними взаимодействию; 3% отмечают, что данные услуги возможно нужны, но занятия и лечение им принесут больше пользы (рисунок 5).

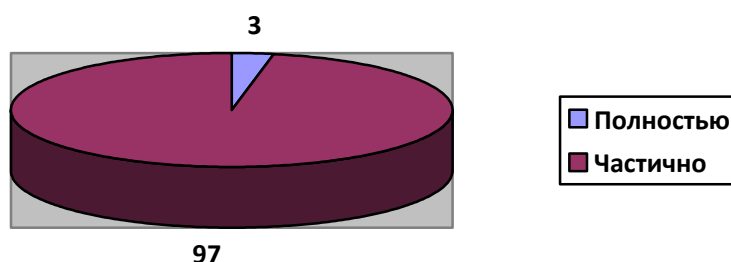


Рис. 5. Удовлетворенность семей услугой консультирования (в %)

Таким образом, полученные результаты позволяют выделить актуальные проблемы в деятельности специалистов СРП Центра «Ресурс», а также, использовать подготовленный алгоритм по предоставлению услуг

консультирования и мониторинг эффективности, представленный в программе психолого-педагогического консультирования не только в отношении семей с ребенком раннего возраста с РАС, но и для других категорий детей раннего возраста, обратившихся в любую образовательную организацию, на базе которой организована служба ранней помощи, так как семья, в которой есть ребенок с ОВЗ – это особый объект внимания не только для родителей (законных представителей), но и для всех специалистов, оказывающих консультационную поддержку. Самостоятельно родители, без поддержки профессионалов не смогут выстроить адекватную позицию по отношению к проблемам развития ребенка и налаживанию конструктивных с ним отношений. Достижение положительных результатов, возможно только при оказании специалистами направляющей и сопровождающей помощи в поиске решений проблемных ситуаций психолого-педагогического, медико-социального характера.

Следует помнить, что вовремя, и правильно организованная консультационная работа, позволит специалистам определить оптимально необходимые условия жизни в семье, создать ребенку предпосылки для его успешного развития, обучения, воспитания и дальнейшей социальной адаптации в общество.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате теоретического анализа специальной психолого-педагогической литературы, по проблеме исследования, автором было выявлено, что расстройство аутистического спектра – это спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений процессов социального взаимодействия и коммуникации, при котором наблюдаются, прежде всего, трудности формирования эмоциональных контактов, а также жесткое ограничение интересов и часто повторяющиеся поведенческие акты с внешним миром, окружающими людьми, сопровождающееся нарушением социализации и адаптации.

Несмотря на то, что причины аутизма уже достаточно изучены, теоретических знаний о данной категории детей не хватает, а необходимость создания и внедрения новейших специальных технологий коррекционной работы с детьми раннего возраста с аутизмом является общепризнанной.

В настоящее время, с развитием медицины предоставляется возможность проведения дифференциальной диагностики, что является немаловажным при выставлении правильного диагноза, а соответственно, проведения дальнейшей психолого-педагогической диагностики, которая позволяет выработать индивидуальную тактику комплексной коррекционно-педагогической работы с данной категорией детей.

Обучение и воспитание особого ребенка – это ежедневный и тяжелый труд, в котором должны участвовать все члены семьи и очень важным для ребенка раннего возраста с РАС является развитие и жизнь с семьей, так как семья – это естественная среда для его существования.

Родителям необходимо научиться понимать своего ребенка, и принимать его таким, какой он есть. Родитель должен стать партнером для специалистов, осуществляющих психолого-педагогическую поддержку, которая является основной и, безусловно, заключается в направляющей,

организующей и целенаправленной помощи, способствующей созданию всех необходимых условий для ребенка с РАС.

При адекватных медицинских и мероприятиях такие дети дают существенную положительную динамику, при этом, следует учитывать, что непредставление обучающимся с РАС и их семьям соответствующей профессиональной помощи является нарушением их права на образование.

Для полноценной интеграции ребенка с аутизмом в общую и специальную образовательную среду, семье и педагогам, необходимо с раннего возраста выстраивать отношения с особым ребенком, учитывая особенности его психического и физического развития.

Важным условием для успешного развития, адаптации и социализации ребенка раннего возраста с РАС, является правильно подобранные приемы и технологии консультационной работы, формы и методы взаимодействия, сопровождение квалифицированного кадрового состава: логопедов, дефектологов, психологов, медицинских работников; согласованное их сотрудничество в соответствии с четко отработанной организационно-методической моделью взаимодействия со специалистами психолого-медико-педагогической комиссии, а также родителями (законными представителями).

Каждый педагог, имеющий в своей практике опыт работы с детьми, которым требуются особые условия для получения образования, должен быть компетентен в своей деятельности, учитывать доступность и равные права всех членов общества на получение качественного образования, а также особенности психофизического развития обучающихся и состояние их здоровья, соблюдать специальные условия, необходимые для получения образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, что регламентировано пп. 6 п. 1 ст. 48 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ.

Во второй главе раскрыто понятие «психолого-педагогическое консультирование», исследовано содержание и специфические компоненты

консультационной работы с семьями в условиях службы ранней помощи, проведен анализ функционала и технологий консультационной работы специалистов службы ранней помощи (на примере учителя-дефектолога), представлена нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность каждого из специалистов.

Необходимо помнить, что специалистам, оказывающим психолого-педагогическое консультирование, отведено особое место во взаимодействии с семьями, воспитывающими детей раннего возраста с РАС, данный вид общения позволяет подготовить родителей и других членов семьи к дальнейшему развитию, обучению и воспитанию особых детей и, нередко, способствует повышению потенциальной одаренности в различных областях знаний и дальнейшей социальной адаптации в обществе.

Следует помнить, что специалисты службы ранней помощи, оказывая консультационную поддержку, должны ясно и четко понимать цели, задачи данного направления деятельности, работать в соответствии с актуальными нормативно-правовыми актами, иметь вдумчивый разумный подход к каждому ребенку, реально оценивать свои действия, понимать и нести ответственность за каждый свой шаг, так как сам факт обращения родителями расценивается как психотравмирующий, и любая оплошность специалиста воспринимается избыточно аффективно.

Наиболее эффективной считается консультационная работа, которая имеет индивидуальную направленность. Сочетание четкой пространственной организации, расписаний и игровых моментов может заметно облегчить обучение детей с РАС навыкам бытового поведения. Приобретение самостоятельных специальных умений способствует формированию у него положительных черт поведения, уменьшению аутичных проявлений и других недостатков развития.

В третьей главе описан опыт Службы ранней помощи ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс», представлены история и реалии базы исследования, статистические данные о семьях, воспитывающих детей раннего возраста с

расстройством аутистического спектра, отражен практический опыт консультационной деятельности специалистов службы ранней помощи в ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс» на примере программы психолого-педагогического консультирования и представлен мониторинг ее эффективности на основе результатов анкетирования семей на предмет удовлетворенности услугами консультирования.

Подводя итоги, можно сказать, что система специального образования претерпела существенные изменения. Активно идет процесс интеграции, но при этом продолжает функционировать система дифференцированного подхода, благодаря этому, родителям (законным представителям) и другим непосредственно ухаживающим за особым ребенком лицам, в условиях служб ранней помощи, предоставляется возможность, выявить причины имеющихся у детей трудностей в более раннем возрасте, чтобы с поддержкой грамотных специалистов их устранить или улучшить функционирование активности ребенка в процессе обучения и развития при переходе в дошкольную или школьную образовательную организацию.

Таким образом, анализируя результаты проведенного исследования, автор делает следующие выводы, что поставленная цель достигнута, а задачи решены.

Необходимо отметить, что в случае ранней диагностики ребенка и правильной и своевременной коррекции расстройств аутистического спектра, можно достичь интеллектуального прогресса. Создавая вокруг такого ребенка теплую, аффективно комфортную атмосферу, при условии достаточного объема занятий, можно добиться вполне достойных результатов – в меру глубины интеллектуального дефекта и других особенностей ребенка, несмотря на то, что работа с таким ребенком исключительно сложна.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алехина С.В., Фальковская Л.П. Межведомственное взаимодействие как механизм развития психологической службы в образовании // Психолого-педагогические исследования. 2017. Т. 9. № 3. С. 116-128.
2. Архипова Е.Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка. М.: Мозаика-синтез, 2012. 156 с.
3. Астапов В.М. Дети с нарушениями развития: хрестоматия. М.: Международ. пед. академия, 1995. 160 с.
4. Баенская Е.Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2008. 46 с.
5. Баенская Е.Р., Выродова И.А., Разенкова Ю.А. Научитесь общаться с младенцем. М.: Просвещение, 2008. 118 с.
6. Башина В.М. Общие нарушения психического развития. Атипичные аутистические расстройства // Детский аутизм: исследования и практика. Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков, 2008. С. 75-93.
7. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). 2-е изд. М.: Медицина, 1989. 256 с.
8. Башина В.М. Ранний детский аутизм // Альманах «Исцеление». М., 1993. С. 154-165.
9. Башина В.М., Симашкова Н.В. К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом // Альманах «Исцеление». М., 1993. С. 154-160.
10. Браткова М.В., Закрепина А.В., Пронина Л.В. Коррекционное обучение и развитие детей раннего возраста в играх со взрослыми. М.: Парадигма, 2013. 128 с.
11. Браткова М.В. Ранний возраст: Пути коррекционной помощи по формированию предметных действий: монография. М.: Парадигма, 2015. 153 с.

12. Браткова М.В. Формирование предметных действий у детей раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2006. 22 с.
13. Бронников В.А., Григорьева М.И., Серебрякова В.Ю. Правовое регулирование ранней помощи в Пермском крае // Пермский юридический альманах. 2021. № 4. С. 535-544.
14. Белкин А.С. Основы возрастной педагогики. Москва: Академия, 2000. 192 с.
15. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. URL: <http://www.autism.ru/read.asp?id=108&vol=3000> (дата обращения: 26.07.2022).
16. Блейлер Е.А. Аутистическое мышление. Одесса, 1928. 81 с.
17. Васильева М.Ю., Коршина Ю.Д., Курохтина Е.В. [и др.]. Исполнительные функции у детей раннего возраста, проживающих в домах ребенка и семьях // Психологический журнал. 2017. № 38 (4). С. 69-82.
18. Волянюк Е.В., Сафина А.И. Комплексная реабилитация недоношенных детей на первом году жизни // Вестник современной клинической медицины. 2013. Т. 6. № 6. С. 59-62.
19. Ворошникова О.Р. Психическое развитие детей младенческого возраста, родившихся преждевременно: теоретические и прикладные аспекты: монография. Пермь: Перм. гос. пед. ун-т, 2011. 100 с.
20. Вроно М.Ш. О раннем детском аутизме (синдром Каннера) // Педиатрия. 1976. № 7. С. 23-26.
21. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. М., 1971. 128 с.
22. Вроно М.Ш., Башина В.М. К проблеме адаптации больных с синдромом раннего детского аутизма // Журнал невропат. и психиатрии. 1987. № 10. С. 1511-1516.
23. Гилберг К.Т., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. СПб.: ИСПиП, 1998. 312 с.

24. Григоренко Н.Ю. Формирование основ общения у детей первых лет жизни с нормальным и аномальным развитием: монография / под ред. Ю.Е. Вятлевой. М.: Логомаг, 2020. 336 с.

25. Грибанова Г.В. Руководство по организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий // Дефектология. 2001. № 6. С. 66-94.

26. Гусейнова А.А. Организация развивающей предметно-пространственной среды для детей раннего возраста в образовательных организациях // Раннее развитие и коррекция: теория и практика: сб. науч. ст. по мат-лам науч.-практ. конф. / сост.: О.Г. Приходько, В.В. Мануйлова, А.А. Гусейнова, А.С. Павлова. М.: Юкод, 2016. С. 51-56.

27. Джонсон-Мартин Н.М., Аттермиер С.М., Дженс К.Г., Хаккер Б.Дж. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями / под ред. Ю. Барановой. СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 2004. 336 с.

28. Екжанова Е.А. Использование тонкого пальцевого тренинга для коррекции и стимуляции психофизического развития детей раннего возраста // Проблемы младенчества: нейро-психолого-педагогическая оценка развития и ранняя коррекция отклонений: мат. конф. М.: Полиграф сервис, 1999. С. 62-64.

29. Емелина О.И. Становление системы ранней помощи детям раннего возраста за рубежом // Специальное образование. 2013. № 3. С. 49-55.

30. Забрамная С.Д., Исаева Т.Н. Знаете ли Вы нас? методические рекомендации. М.: В. Секачев, 2012. 87 с.

31. Зарецкий В.К. Зона ближайшего развития: о чем не успел написать Выготский... // Культурно-историческая психология. 2007. Т. 3. № 3. С. 96-104.

32. Игры и занятия с детьми раннего возраста с психофизическими нарушениями: пособие / под ред. Е.А. Стребелевой, Г.А. Мишиной. 3-е переиздание. М.: ИНФРА-М, 2016. 160 с.

33. Интеграция деятельности службы ранней помощи и дошкольных образовательных организаций (региональный аспект): методическое пособие / Ю.А. Верхотурова, Т.С. Дорохова, Н.И. Мазурчук; под науч. ред. Ю.Н. Галагузовой; УрГПУ. Екатеринбург: Деловая книга, 2019. 168 с.
34. Ишмуратова Е.М. Формирование предпосылок изобразительной деятельности у детей раннего возраста с отклонениями умственного развития в условиях интеграции: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2011. 24 с.
35. К медико-психолого-педагогическому обследованию детей с аутизмом: материалы к семинару «Детский аутизм и основы его коррекции» / под ред. С.А. Морозова. М.: Сигналь, 2002. 64 с.
36. Кобрин Л.М. Абилитационная работа с детьми раннего возраста с нарушениями слуха: учебное пособие. СПб.: Наука-Питер, 2005. 120 с.
37. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. 160 с.
38. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985. 288 с.
39. Коджаспиров Г.М. Педагогический словарь: для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений. М., 2000. 176 с.
40. Комплексная программа для детей раннего возраста (от 8 месяцев до 2 лет) «Забавушка» / под ред. Е.А. Екжановой. СПб.: КАРО, 2016. 320 с.
41. Криницкая О.И. Педагогическая технология преодоления задержки речевого развития у детей раннего возраста с нарушением зрения: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Екатеринбург, 2010. 23 с.
42. Кудрина Т.П. Преодоление трудностей в развитии общения матери и слепого младенца: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2015. 24 с.
43. Куперник К.Н. Детский аутизм: ведущее поражение // Журнал невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1972. № 10. С. 4-13.
44. Лазуренко С.Б. Психическое развитие детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте: монография. М.: ЛОГОМАГ, 2014. 266 с.

45. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. [и др.]. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. М.: Просвещение, 1989. 95 с.
46. Левченко И.Ю. Компетенции специалистов в сфере ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и детям группы риска // Раннее развитие и коррекция: теория и практика: сборник научных статей по материалам научно-практической конференции. Москва, 07–09 апреля 2016 г. М.: Парадигма, 2016. С. 154-161.
47. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: МГУ, 1980. 167 с.
48. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991. 53 с.
49. Лебединская К.С. Нарушения эмоционального развития как клиничко-дефектологическая проблема: дис. ... д-ра психол. наук. М.: НИИ дефектологии РАО, 1993. 284 с.
50. Лебединский В.В., Никольская О.С. [и др.]. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: МГУ, 1990. 200 с.
51. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. 1996. № 3. С. 56-66.
52. Лисина М.И., Запорожец А.В. Развитие общения у дошкольников. М., 1974. 288 с.
53. Лорер В.В., Старобина Е.М., Владимирова О.Н. Мониторинг региональных систем ранней помощи в Российской Федерации // Ранняя помощь детям и их семьям: траектория профессионального роста: сборник статей II Межд. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 6–8 ноября 2019 г. СПб.: ООО «ЦИАЦАН», 2019. С. 13-18.
54. Лубовский В.И. Особые образовательные потребности как условие успешного развития детей с ограниченными возможностями // Вестник образования и науки. Педагогика. Психология. Медицина. 2011. Вып. 1. С. 47-51.

55. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. Ранняя диагностика и коррекция. М.: Просвещение, 1992. 43 с.
56. Материалы Международной научно-практической конференции памяти К.С. Лебединской / Институт проблем управления им. В. А. Трапезникова РАН. М., 1995. 224 с.
57. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) – МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб., 1994. 303 с.
58. Мишина Г.А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 1998. 24 с.
59. Морозов С.А. Актуальные проблемы детей с аутизмом в России // Гражданское общество – детям России. М., 2001. С. 69.
60. Морозов С.А. Детский аутизм и основы его коррекции: материалы к спецкурсу. М.: Сигналь, 2002. 108 с.
61. Морозов С.А., Морозова Т.И., Морозова С.С. Аутизм: опыт и возможные решения актуальных задач. Взгляд из России // Аутизм и нарушения развития. 2021. Т. 19. № 3. С. 42-48.
62. Морозова Т. И., Морозов С.А. Мир за стеклянной стеной. Книга для родителей аутичных детей. М.: Сигналь, 2002. 156 с.
63. Назарова Н.М. Специальная педагогика. М.: АСАДЕМА, 2000. 519 с.
64. Натарова К.А., Семке А.В., Гуткевич Е.В. Расстройства аутистического спектра (клинико-динамический, региональный и семейный аспекты). Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. 192 с.
65. Николенко Т.А. Особенности социального развития детей раннего возраста, имеющих нарушение слуха, в зависимости от времени начала реабилитационных мероприятий // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. 2006. № 2 (10). С. 113-116.
66. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. 7-е изд. М.: Теревинф, 2012. 288 с. (Особый ребенок).

67. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Гусева И.Е. Задачи и методы коррекционной помощи ребенку с аутизмом // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 1. С. 140-152.

68. Никольская О.С. К типологии раннего детского аутизма // Невропат. и психиатр. 1987. № 10. С. 1511-1516.

69. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. 1995. № 1. С. 76-83.

70. Никольская О.С., Костин И.А. Ребенок с расстройствами аутистического спектра в школе: специфические образовательные потребности и пути их реализации // Известия Уральского федерального университета. Сер. 1. Проблемы образования, науки и культуры. 2018. Т. 24. № 4. С. 116-120.

71. Одиноква Г.Ю. Выявление и преодоление неблагополучия в развитии общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2015. 24 с.

72. Особые дети: вариативные формы коррекционно-педагогической помощи: методическое пособие / А.В. Закрепина, С.Б. Лазуренко [и др.]; под ред. Е.А. Стребелевой, А.В. Закрепиной. М.: ЛОГОМАГ, 2013. 244 с.

73. Официальный сайт МКФ. URL: <http://who-fic.ru/icf/> (дата обращения: 09.06.2022).

74. Официальный сайт ВОЗ. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/ru/> (дата обращения: 14.08.2022).

75. Павлова Л.Н., Волосова Е.Б., Пилюгина Э.Г. Раннее детство: познавательное развитие: методическое пособие. М.: Мозаика-Синтез, 2002. 152 с.

76. Павлова Л.Н. Раннее детство: развитие речи и мышления: метод. пособие. М.: Мозаика-Синтез, 2000. 167 с.

77. Павлова Н.Н. Активизация психического развития детей раннего возраста с множественными нарушениями средствами коррекционной педагогики: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2018. 24 с.

78. Приказ Министерства общего и профессионального образования от 30.07.2018 г. № 362-Д «О создании служб ранней помощи в организациях системы образования Свердловской области». URL: <https://disk.yandex.ru/i/I7R9Ldkn3aBQrh/> (дата обращения: 17.05.2021).

79. Приходько О.Г. Методические рекомендации по организации диагностического обследования детей различными специалистами в условиях новых форм деятельности ДОУ // Служба ранней помощи: справочно-методические материалы по организации служб ранней помощи / отв. ред. М.М. Цапенко. М.: МГППУ, 2011. С. 183-205.

80. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: методическое пособие. СПб.: КАРО, 2006. 112 с.

81. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации: монография. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. 208 с.

82. Приходько О.Г. Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом: дис. ... д-ра пед. наук. М.: МНЮ, 2009. 350 с.

83. Приходько О.Г., Югова О.В. Становление системы ранней помощи в России: монография / О. Г. Приходько. М.: Парадигма, 2015. 126 с.

84. Психологическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (на примере врожденной челюстно-лицевой патологии) / Е.С. Набойченко, С.И. Блохина. Екатеринбург: НПРЦ «Бонум», 2004. 132 с.

85. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего дошкольного возраста: метод. пособие: с прил. альбома «Нагляд. материал для обследования детей» / под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Просвещение, 2004. 164 с.

86. Психологический словарь: полнотекстовый ресурс журнала «Вопросы психологии (1980–1997 гг.)». URL: <http://www.voppsy.ru/dictionary-k.htm> (дата обращения: 10.08.2022).

87. Разенкова Ю.А. Игры с детьми младенческого возраста. М.: Школьная Пресса, 2000. 160 с.

88. Разенкова Ю.А. Начальный этап становления системы ранней помощи в США: исторический экскурс // Дефектология. 2012. № 4. С. 3-13.

89. Разенкова Ю.А. Предупреждение и преодоление трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: автореф. дис. ... д-ра пед. наук. М., 2017. 50 с.

90. Разенкова Ю.А. Профилактика, раннее выявление и ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии: общее приоритетное направление развития // Специальная педагогика: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова [и др.]; под ред. Н.М. Назаровой. М.: Издательский центр «Академия», 2000. С. 345-352.

91. Ракутина Т.В. Проблемы семей воспитывающих детей с расстройством аутистического спектра // Педагогическая перспектива. 2021. № 4. С. 22-27.

92. Ранняя диагностика и коррекция: в 2 т.: практическое руководство. Т. 1. Нарушения развития / под ред. У.Б. Брака; пер. с нем. В.Т. Алтухова; науч. ред. рус. текста Н.М. Назарова. М.: Издательский центр «Академия», 2007. 320 с.

93. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии в современном образовательном пространстве: сборник научных статей / сост. О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова, Е.В. Ушакова. М.: МГПУ, 2013. 196 с.

94. Ранняя помощь детям: проблемы, факты, комментарии: сборник научных статей / отв. ред. Ю.А. Разенкова. М.: Права человека, 2003. 252 с.

95. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. М., 2016. 368 с.

96. Симеон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. М., 1948. 136 с.

97. Система ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и их родителям: научная монография / О.Г. Приходько, И.Ю. Левченко [и др.]. М.: Парадигма, 2018. 378 с. (Серия «Раннее развитие и коррекция»)

98. Служба ранней помощи: справочно-методические материалы по организации Служб ранней помощи / отв. ред. М.М. Цапенко. М.: МГППУ, 2011. 220 с.

99. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. М.: АНО «ПЭБ», 2007. 128 с.

100. Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии: учебное пособие. 2-е переиздание. М.: Парадигма, 2015. 70 с.

101. Стребелева Е.А. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста: метод. пособие: с прил. альбома «Нагляд. материал для обследования детей». М.: Просвещение, 2004. 164 с.

102. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974. 400 с.

103. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения: 17.07.2022).

104. Филатова И.А., Обухова Н.В. Предоставление услуг ранней помощи посредством организации психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста в системе образования Свердловской области: методическое пособие. Екатеринбург, 2018. 184 с.

105. Филатова И.А., Каракулова Е.В. Психолого-педагогическое консультирование родителей и специалистов психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста, детей-инвалидов и детей с ОВЗ в Свердловской области: методическое пособие / под ред. Н.Н. Сергеевой; УрГПУ. Екатеринбург, 2019. 162 с.

106. Хотылева Т.Ю., Розенблюм С.А. Иллюзии инклюзии: типичные ошибки родителей детей с РАС. Из опыта инклюзивной школы // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 3. С. 48-53.
107. Чуприков А.П., Хворова А.М. Расстройства спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь. Львов, 2013. 272 с.
108. Шипицина Л.М., Первова И.Л. Социальная реабилитация детей с аутизмом (обзор иностр. литературы) // Детский аутизм: хрестоматия / сост. Л.М. Шипицина. 2-е изд., испр., и доп. СПб.: Дидактика Плюс, 2001. С. 269-295.
109. Шоплер Э., Ланзинд М. Поддержка аутичных отстающих в развитии детей: сборник упражнений для специалистов и родителей. Минск: БелАПДИ, 1997. 195 с.
110. Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н. МКФ в реабилитации. СПб.: ООО «ЦИАЦАН»; ООО «Р-Копи», 2018. 238 с.
111. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: МГУ, 1990. 197 с.
112. Югова О.В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребенка с отклонениями в развитии и его семьи: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2012. 24 с.
113. Юрьева О.П. Доманифестный период медленно текущей шизофрении у детей // Журнал невропатол. и психиатрии. 1967. № 3. С. 1511-1515.
114. Юханссон И. Особое детство. М.: Теревинф, 2014. 160 с.
115. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. М.: Теревинф, 2004. 136 с.

Нормативно-правовая база деятельности ПМПК

1. Федеральный закон РФ от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Приказ Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии».
3. Приказ Минобрнауки России от 2 сентября 2013 г. № 1035 «О признании не действующим на территории Российской Федерации письма Министерства просвещения СССР от 5 мая 1978 г. № 28-М “Об улучшении организации индивидуального обучения больных детей на дому” и утратившим силу письма Министерства народного образования РСФСР от 14 ноября 1988 г. № 17-253-6 “Об индивидуальном обучении больных детей на дому”».
4. Приказ Минобрнауки России от 30 августа 2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования».
5. Приказ Минобрнауки России от 30 августа 2013 г. № 1015 (ред. от 17.07.2015) «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего основного общего и среднего общего образования (с изменениями 2015 г.)».
6. Приказ Минобрнауки России от 29 августа 2013 г. № 1008 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам».

7. Приказ Минобрнауки России от 18 апреля 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения».
8. Приказ Минобрнауки России от 14 июня 2013 г. № 464 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования».
9. Приказ Минобрнауки России от 9 ноября 2015 г. № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи».
10. Приказ Минобрнауки России от 17 декабря 2010 г. № 1897 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования».
11. Приказ Минобрнауки России от 31 декабря 2015 г. № 1577 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 декабря 2010 г. № 1897».
12. Приказ Минобрнауки России от 17 мая 2012 г. № 413 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего (полного) общего образования».
13. Приказ Минобрнауки России от 31 декабря 2015 г. № 1578 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт среднего общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 413».
14. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

15. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».
16. Приказ Минобрнауки России от 12 марта 2014 г. № 177 «Об утверждении порядка и условий осуществления перевода обучающихся из одной организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, в другие организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам соответствующих уровня и направленности».
17. Приказ Минобрнауки России от 14 октября 2013 г. № 1145 «Об утверждении образца свидетельства об обучении и порядка его выдачи лицам с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся по адаптированным основным образовательным программам».
18. Приказ Минобрнауки России от 22 января 2014 г. № 32 «Об утверждении порядка приема граждан на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».
19. Приказ Минобрнауки России от 9 января 2014 г. № 2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».
20. Приказ Минобрнауки России от 4 октября 2010 г. № 986 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений».

21. Постановление главного государственного санитарного врача РФ № 26 от 10 июля 2015 г. «Об утверждении СанПиН 2.4.2.3286-15 “Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья”».
22. Приказ Минтруда России от 17 декабря 2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2016 № 40650).
23. ФЗ от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».
24. ФЗ от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 21.07.2014, с изм. от 01.12.2014) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
25. Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом».
26. ФЗ от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».
27. Приказ Минобрнауки России от 9 ноября 2015г. № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи».
28. Приказ МО СО от 10.02.2014 № 91-И «Об утверждении состава и порядка работы центральной и территориальных областных ПМПК СО в 2014 г.».
29. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.2.3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным

общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 10 июля 2015 г. № 26).

30. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 №1013н (в ред. от 26.01.2012) «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
31. Приказ Минтруда России от 29.09.2014 № 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
32. Приказ Минтруда России от 17.12.2015 №1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
33. Приказ Минтруда России от 31.07.2015 № 528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».
34. Приказ Минтруда России от 15.10.2015 № 723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида

мероприятий в федеральные государственные бюро медико-социальной экспертизы».

35. Приказ Минобрнауки России от 22 января 2014 г. № 32 «Об утверждении порядка приема граждан на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».
36. Приказ Минобрнауки России от 29 августа 2013 г. № 1008 «Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным образовательным программам».
37. Приказ Минтруда России от 18 октября 2013 г. № 544н «Об утверждении профессионального стандарта “Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)”».
38. Приказ Минобрнауки России от 14 октября 2013 г. № 1145 «Об утверждении образца свидетельства об обучении и порядка его выдачи лицам с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся по адаптированным основным образовательным программам».
39. Приказ Минобрнауки России от 9 января 2014 года № 2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».
40. Приказ Минобрнауки России от 2 сентября 2013 г. № 1035 «О признании не действующим на территории Российской Федерации письма Министерства просвещения СССР от 5 мая 1978 г. № 28-М “Об улучшении организации индивидуального обучения больных детей на дому” и утратившим силу письма Министерства народного образования РСФСР от 14 ноября 1988 г. № 17-253-6 “Об индивидуальном обучении больных детей на дому” (совместно с письмом Министерства

образования и науки РФ от 5 сентября 2013 г. № 07-1317 “Об индивидуальном обучении больных детей на дому”»).

41. Приказ Минтруда России от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2016 г. № 40650).

Программа психолого-педагогического консультирования

Государственное бюджетное образовательное учреждение Свердловской области
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Ресурс»»

Ул. Машинная, д. 31, г. Екатеринбург, 620142, Тел./факс (343) 221-01-57

E-mail: info@center-resurs.ru

Программа

психолого-педагогического консультирования
семей, воспитывающих детей раннего возраста
с расстройством аутистического спектра,
на примере ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс»

Срок реализации: 1 год ФИО разработчика:

Возраст детей: 0-3 лет Ракутина Татьяна Витальевна

г. Екатеринбург

2021

Содержание

1. Пояснительная записка

Общие положения

- 1.1. Принципы построения программы психолого-педагогического консультирования
- 1.2. Принципы предоставления услуг психолого-педагогического консультирования в условиях службы ранней помощи
- 1.3. Цель программы
- 1.4. Методы и подходы психолого-педагогического консультирования, используемые при оказании ранней помощи
- 1.5. Содержание услуг психолого-педагогического консультирования в условиях службы ранней помощи
- 1.6. Планируемые результаты программы психолого-педагогического консультирования

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

2.1. Содержание деятельности междисциплинарной команды на этапах реализации услуг ранней помощи

- 2.1.1. Первичный прием
- 2.1.2. Проведение оценочных процедур для составления ИПРП (углубленных оценок)
- 2.1.3. Составление ИПРП
- 2.1.4. Реализация ИПРП
- 2.1.5. Промежуточная и итоговая оценка результативности реализации ИПРП и качеству услуг
- 2.1.6. Завершение ИПРП. Сопровождение ребенка и его семьи при переходе в образовательную организацию или продление ИПРП

2.2. Содержание услуг психолого-педагогического консультирования по развитию познавательной активности ребенка раннего возраста с РАС

- 2.2.1. Специфика работы консультационной работы педагога-психолога в условиях службы ранней помощи

2.2.2. Задачи консультационной работы педагога-психолога на каждом этапе реализации ИПРП

2.2.3. Знания, необходимые педагогу-психологу СРП при оказании консультационных услуг

3. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

3.1. Формы учета консультативной деятельности и отчетности педагога-психолога

3.2. Организация предметно-пространственной развивающей среды

4. КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

4.1. Учебный план. График

4.2. Перспективное планирование

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Ранний возраст – наиболее ответственный период в жизни человека, в это время закладывается фундамент будущей личности, продолжают формироваться основы физического и психического здоровья. Чтобы обеспечить своевременное и полноценное развитие ребенка, родителям и другим членам семьи важно знать общие закономерности этого процесса. И с учетом его особенностей создать такие условия для развития ребенка, которые помогли бы ему реализовать потенциал, заложенный в нем природой и собственной программой развития. Современные научные исследования показывают критическое значение первых двух – трех лет жизни в развитии ребенка, подчеркивают приоритетную роль семьи, отношений с матерью, раннего опыта и социального окружения в формировании личности ребенка и развитии его мозга. В связи с этим программы ранней помощи являются семейно-центрированными, направленными на помощь всей семье, а не только ребенку с нарушениями.

В последнее время в мире активно развивается помощь детям в возрасте от рождения до 3-х лет, имеющим нарушения развития, ограничения жизнедеятельности или имеющим риск развития нарушений. Такая технология оказания помощи маленьким детям и их семьям носит

название «раннее вмешательство». Уже более 25 лет в России внедряются программы поддержки семей и маленьких детей по программам раннего вмешательства, при этом в нашей стране для обозначения данного вида помощи принят термин «ранняя помощь».

Ранняя помощь развивает систему помощи ребенку, имеющему нарушения развития, интегрируя социальные, психологические медицинские услуги для обеспечения развития и функционирования ребенка, а также поддержку и обучение его семьи в критически важные первые годы жизни ребенка. Все услуги и виды поддержки направлены на улучшение повседневной жизни ребенка и семьи и включены в их естественную повседневную жизнь.

Междисциплинарная команда специалистов, состоящая из врачей, учителя-дефектолога, учителя-логопеда, педагога-психолога, социального педагога помогает семье создать оптимальные условия для развития ребенка и преодолеть трудности в воспитании особого малыша, поддерживает родителей.

Общие положения

Настоящая рабочая программа психолого-педагогического консультирования (далее – программа) разработана для специалистов Службы ранней помощи ГБОУ СО «ЦППМСП «Ресурс» на основе Конституции Российской Федерации, в соответствии с Концепцией развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р, с учетом Конвенции ООН о правах ребенка.

Ценностные ориентиры рабочей программы определяются вектором развития Российского образования, содержащимся в стратегических документах Министерства Образования и науки последних лет:

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ.

2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 373 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования».
3. Государственная программа «Развитие образования» на 2013–2020 гг., новые ФГОС ориентируют Центр «Ресурс» на предоставление равных возможностей получения образования для всех категорий, обучающихся, обеспечение необходимых материально-технических и психолого-педагогических условий для детей с ОВЗ.
4. Приказ Министерства образования и науки РФ от 17.10.2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».
5. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р утверждена «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года».
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи» (в ред. приказа Минобрнауки РФ от 12.02. 2016).
7. Приказ Министерства общего и профессионального образования Свердловской области от 30.07.2018 № 362-Д «О создании служб ранней помощи в организациях системы образования Свердловской области».
8. Санитарные правила СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» (вступили в силу с 1 января 2021 г.).
9. Методические рекомендации по организации услуг ранней помощи детям и их семьям в рамках формирования системы комплексной реабилитации

и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (утв. Министерством труда и социальной защиты РФ 25 декабря 2018 г.).

10. Устав и нормативно-правовые документы Центра «Ресурс».

11. Учебный план Центра «Ресурс».

12. Годовой календарный учебный график Центра «Ресурс».

Данная программа основывается на следующих положениях:

1. Дети раннего возраста с расстройством аутистического спектра (далее – РАС) обучаются на основе повседневного опыта и взаимодействии с близкими людьми в привычной обстановке.
2. Все семьи при необходимой поддержке и ресурсах могут влиять на обучение детей и улучшать их развитие.
3. Главная роль специалистов ранней помощи – работать с семьей, поддерживая их жизнь с ребенком.
4. Весь процесс ранней помощи должен быть индивидуализирован и строится на потребностях и предпочтениях семьи ее стиле обучения и культурных особенностях.
5. Индивидуальная программа ранней помощи должна содержать функциональные цели основывается на потребностях ребенка и семьи.
6. У каждой семьи имеется куратор, который представляет приоритеты потребности и интересы семьи междисциплинарной команде.
7. Ранняя помощь основывается на ясных принципах доказательных практик, наиболее лучших исследований разработанных законов и положениях.

Программа разработана для категории обучающихся раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, имеющих расстройства аутистического спектра (далее – РАС) и составлена с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, и обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию.

Контингент обучающихся предполагает следующие возрастные рамки: дети от 0 до 3 лет получающие услуги психолого-педагогического

консультирования в отделении службы ранней комплексной помощи детям и их семьям в ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс».

Программа разработана на период с 2021 по 2022 учебный год (с 01.09.2021 по 30.08.2022 года).

1.1. Принципы построения программы

Данная программа основывается на следующих подходах, обеспечивающих эффективность ранней помощи:

1. Раннее начало – до 3-х лет, обусловленное нейропластичностью детского мозга, направленное на профилактику вторичных нарушений в развитии и функционировании.
2. Семейно ориентированный подход – специалист помогает семье, которая помогает своему ребенку
3. Индивидуальный подход – индивидуальная программа ранней помощи (ИПРП), построенная с учетом потребностей запроса и особенностей конкретной семьи.
4. Функциональный подход – обучение навыкам повседневной жизни, которые нужны во время общения и социального взаимодействия, самообслуживания, игр и проведения досуга, мобильности, участия в общественной жизни.

Цели программы выбираются на основе ожидаемых результатов, а не на диагнозе или нарушениях.

5. Функциональная направленность помощи – акцент на активность ребенка.
6. Обучение в естественной среде: развитие ребенка проводится в домашней среде, что обеспечивает:
 - приобретение функциональных навыков;
 - ежедневный повторяющийся опыт, непрерывность обучения;
 - генерализацию вновь приобретенных навыков в ежедневный контекст;
 - множество новых навыков, приобретаемое в одной рутине;
 - эмоциональное благополучие во время обучения;
 - высокая мотивация у «педагогов».
7. Междисциплинарный подход.

В службе ранней помощи работает междисциплинарная команда специалистов (в соответствии с МКФ – педагог, логопед, психолог, врач, специалист по адаптивной физической культуре). Команда специалистов

следует единым принципам оценки развития ребенка. Для достижения лучших результатов развития ребенка члены команды взаимодействуют между собой в процессе планирования и реализации программы ранней помощи.

8. Научно-обоснованные практики.

Для обследования, построения и реализации программ помощи используются научно-обоснованные методы, инструменты и практики, показавших свою эффективность и безопасность

1.2. Принципы предоставления услуг психолого-педагогического консультирования в условиях службы ранней помощи

Услуги ранней помощи предоставляются детям и их семьям на основе следующих принципов:

- бесплатности; регулярности (в течение всего времени действия ИПРП);
- доступности; открытости (информация об услугах ранней помощи должна быть открытой для родителей/воспитателей детей целевой группы);
- семейно-центрированности (услуги ранней помощи предоставляются в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка и семьи, направлены на формирование взаимообусловленного, уважительного взаимодействия ребенка с родителями/воспитателями и другими членами семьи, формирование положительных отношений в семье);
- функциональной направленности (услуги ранней помощи, предоставляемые в рамках ИПРП, должны быть направлены на улучшение функционирования ребенка в ЕЖС, повышение его участия и самостоятельной активности ЕЖС);
- уважительного отношения (услуги ранней помощи должны предоставляться потребителям в уважительной манере, с учетом их индивидуальных, семейных, религиозных и этнокультурных особенностей, ценностей, установок, мнений, приоритетов);
- междисциплинарности (специалисты различной профессиональной направленности объединяют свои подходы, методы, приемы и усилия,

- чтобы улучшить функционирование ребенка в ЕЖС, работают над едиными целями на основе командного подхода);
- научной обоснованности (при оказании услуг ранней помощи специалисты должны использовать научно-обоснованные методы и технологии ранней помощи).

1.3. Цель программы

Цель: реализация комплекса консультационных услуг по осуществлению всестороннего, гармоничного развития детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра в соответствии с их возможностями и индивидуальными особенностями.

Основные задачи программы:

1. Содействие развитию общения и речи, мобильности, самообслуживания и бытовых навыков, познавательной активности ребенка в естественных жизненных ситуациях путем организации и поддержания совместной активности ребенка и семьи.
2. Поддержка социального и эмоционального развития ребенка, его взаимодействия с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, формирования привязанности, саморегуляции, в том числе в естественных жизненных ситуациях, а также в области социальных установок и представлений родителей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц, улучшение психологического состояния членов семьи с помощью психологического консультирования.
3. Поддержка социализации ребенка, включая взаимодействие со сверстниками, детьми другого возраста и взрослыми вне дома в процессе специально организованной социальной активности.
4. Улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях, повышения качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателем и в семье.

5. Повышение компетентности родителей/воспитателей в вопросах развития и воспитания ребенка, включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

1.4. Методы и подходы психолого-педагогического консультирования, используемые при оказании услуг ранней помощи

Программа реализуется на государственном языке Российской Федерации. Одно из важнейших условий реализации индивидуальной программы ранней помощи – включение в процесс семьи, использование естественных жизненных ситуаций.

Одним из компонентов этой работы является формирование правильного отношения к воспитанию ребенка в семье. Педагоги тактично подводят родителей к реальной оценке возможностей ребенка и прогнозированию дальнейших перспектив его жизни. Это помогает родителям оценить значение умений и навыков, необходимых в повседневной жизни, лучше понять своего ребенка.

Подход, основанный на ежедневных рутинных – целостная система построения программы помощи ребенку и семье, основанная на изучении семейной среды, отношений, ресурсов, трудностей, беспокойств относительно повседневной жизни и использовании повседневных рутин для развития ребенка и улучшения его функционирования. Содержит в себе методы оценки, по-настоящему ориентированные на семью, позволяющие разрабатывать четкие, конкретные, измеримые цели, которые непосредственно затрагивают приоритеты семьи и помогают детям развивать навыки, имеющие отношение к повседневной жизни. Подход позволяет улучшать навыки членов семьи развивать ребенка в повседневной жизни, продолжая это делать между встречами со специалистом, благодаря чему дети получают большие возможности учиться новому, сохранять и развивать приобретенные умения.

Ведущая роль в выполнении рекомендации специалиста в ЕЖС принадлежит родителям. Специалист консультирует родителей, показывает

правильность выполнения упражнений, дает рекомендации по выполнению в домашних условиях.

Важным условием реализации программы является использование эффективных методов и средств работы:

1. *Методы альтернативной и дополнительной коммуникации* используются для всех детей для обеспечения общения и взаимодействия с ними в процессе абилитации, а также для предоставления ребенку возможности коммуникации с близкими в ЕЖС, для лучшего развития у детей речи.
2. *Метод прелингвистического средового обучения* – технология поддержки развития инициированного, то есть исходящего от ребенка, общения, которая используется как в легких, так и в тяжелых случаях ограничений способностей к социальному взаимодействию и общению у детей первых лет жизни. Основными компонентами прелингвистического средового обучения являются: следование за вниманием ребенка, использование невербальных и вербальных средств коммуникации в процессе мотивированного взаимодействия с ребенком.
3. *Эрготерапевтические методы*, основная задача которых состоит в том, чтобы помочь детям с ограничениями жизнедеятельности активно выполнять повседневные дела, например обслуживать себя (одеваться, раздеваться, мыться, принимать пищу и т. д.), участвовать в продуктивной деятельности – играть, рисовать, лепить, а также проводить досуг.
4. Исследовательская, практическая деятельность, включающая в себя работу с наглядным материалом, элементы экспериментирования, наблюдения.
5. Игровая деятельность (обыгрывание ситуаций, инсценировка, элементы театрализации).
6. Словесные методы: беседы, рассказ, чтение произведений литературы (стихи, сказки), использование фольклорного жанра (потешки, прибаутки).
7. Наглядные методы (показ игрушек, рассматривание картин и иллюстраций, просмотр видео сюжетов).

Средства, используемые при реализации программы:

- совместные активности;
- сюжетно-ролевые игры;
- подвижные игры;
- театрализованные игры;
- дидактические игры;
- наглядные средства.

Способы организации детей во время совместных активностей – групповой, подгрупповой, индивидуальный.

Таблица 1

Формы и методы консультационной работы в соответствии с задачами каждого этапа предоставления услуг

Задачи	Формы и методы работы	Методическое обеспечение	Сроки
Выявления индивидуальных особенностей и актуального уровня развития для определения нуждаемости в услугах СРП	Беседа с родителями, анализ результатов продуктов детской деятельности, устный опрос, анкетирование, наблюдение	Протокол первичного приема, внесение информации о ребенке в базу данных (электронный вид)	В соответствии с условиями договора об оказании услуг
Выявление индивидуальных особенностей и актуального уровня развития для составления ИПРП или предоставления консультационных услуг вне ИПРП	Структурированное наблюдение, изучение анамнеза, сбор информации, об условиях жизни семьи. Диагностика эмоционально-поведенческих проявлений и коммуникативных качеств ребенка и оценка его функционирования и ограничений жизнедеятельности по категориям МКФ на междисциплинарном консилиуме	Тестовые бланковые методики	В соответствии с условиями договора об оказании услуг

Задачи	Формы и методы работы	Методическое обеспечение	Сроки
Анализ результатов полученных в результате реализации ИПРП, определение ее эффективности с последующим составлением заключения	Промежуточная и итоговая оценка	Индивидуальная программа ранней помощи, заключение (электронный и печатный вид)	На период ИПРП в соответствии с условиями договора об оказании услуг
Анализ результатов, полученных в результате пролонгированного консультирования или краткосрочного предоставления услуг, вне ИПРП, определение наиболее эффективных методов и приёмов по сопровождению семьи и ребенка	На дому, при посещении организации (по месту нахождения ребенка), очная (групповая / индивидуальная) или дистанционная форма. Мониторинг функционирования семьи и ребенка.	Анкетирование тестовые бланковые методики, устный опрос	В соответствии с условиями договора об оказании услуг

1.5. Содержание услуг психолого-педагогического консультирования в условиях службы ранней помощи

Цель психолого-педагогического консультирования: оказание помощи семьям и специалистам в решении актуальных задач развития и обучения, социализации детей с нарушениями в развитии, проблем взаимоотношений с родителями.

Психолого-педагогическое консультирование носит характер индивидуальной работы и реализуется по отношению ко всем участникам образовательного процесса.

Таблица 2

Оказание психологической помощи

Задачи	Форма работы	Сроки
--------	--------------	-------

Задачи	Форма работы	Сроки
Оказание психологической помощи семьям и специалистам	Консультирование семей детей, находящихся на внешнем сопровождении по результатам диагностики, по организации оптимальной среды, способов обучения и взаимодействия с ребёнком с нарушениями в развитии. Индивидуальные консультации для родителей и педагогов (по запросу)	в течение года (согласно расписанию) в течение года (по запросу)

Среди услуг ранней помощи выделяются основные, специализированные и дополнительные.

Основные услуги ранней помощи направлены на обеспечение детей и их семей ранней помощью на всех этапах обслуживания – от первичного приема до завершения ИПРП.

К основным услугам ранней помощи относятся:

- проведение оценочных процедур на первичном приеме для определения нуждаемости ребенка и семьи в ранней помощи;
- проведение оценочных процедур (углубленных оценок) для составления ИПРП;
- разработка ИПРП;
- координация и сопровождение услуг ранней помощи в рамках ИПРП;
- реализация ИПРП, направленная на улучшение развития и функционирования ребенка в ЕЖС, а также консультирование воспитателей по реализации ИПРП в ЕЖС;
- промежуточная и итоговая оценка эффективности реализации ИПРП;
- консультирование специалистов организаций образования, здравоохранения и социального обслуживания по вопросам, связанным с оказанием услуг ранней помощи, а также с поддержкой перехода ребенка и семьи в другую программу сопровождения и обеспечением преемственности их обслуживания.

Специализированные услуги ранней помощи оказываются специалистами, имеющими высокую степень квалификации в узкоспециализированной сфере. Получателями таких услуг могут быть дети, родители/воспитатели, а также специалисты других областей ранней помощи. Специализированные услуги ранней помощи реализуются в виде консультирования или совместной активности специалиста с ребенком и семьей в ЕЖС.

Консультирование родителей/воспитателей и специалистов и/или совместная активность специалиста с ребенком и семьей, проводятся в целях формирования у ребенка и родителей/воспитателей нового опыта, развития речи и общения.

Дополнительные услуги ранней помощи – услуги ранней помощи, которые оказываются, согласно ИПРП, ребенку и семье в виде дополнения к основным и специализированным услугам. К дополнительным услугам ранней помощи относятся социально-педагогические услуги, предоставляемые в форме детских и детско-родительских групповых мероприятий.

Под психолого-педагогическим просвещением понимается приобщение взрослых (педагогов, родителей) к психологическим знаниям. В обществе недостаточно распространены психологические знания, не всегда выражена психологическая культура, предполагающая интерес к другому человеку, уважение особенностей его личности, умение и желание разобраться в своих собственных отношениях, переживаниях, поступках.

Цель: создание благоприятных условий для успешного личностного и профессионального роста и развития всех участников образовательного процесса.

Таблица 3

Формы просветительской работы

Задачи	Форма работы	Сроки
--------	--------------	-------

Задачи	Форма работы	Сроки
Оказание информационной, психологической помощи родителям детей с нарушениями в развитии	Индивидуальные и групповые консультации Вебинары для родителей	в течение года (согласно расписанию)
Оказание информационно-методической помощи педагогам, специалистам и сотрудникам центра	Индивидуальные и групповые консультации	по запросу в течение года
Оказание информационно-методической помощи педагогам, специалистам и сотрудникам областных ППС центров	Семинары Воркшопы Летняя и Зимняя школы	по запросу в течение года

Задачи	Форма работы	Сроки
Повышение профессиональной компетенции личной	Конференции Супервизии Взаимодействие с коллегами из других ППМС центров Просмотр видеоматериалов Чтение профессиональной литературы	в течение года (согласно плану)
Распространение и обмен профессиональным опытом	Конференции Совещания ПС и методического объединения ПП и МСС Супервизии	в течение года (согласно плану)

1.6. Планируемые результаты программы психолого-педагогического консультирования

В результате реализации индивидуальных программ ранней помощи в рамках междисциплинарного подхода специалисты Службы ранней помощи понимают планируемый результат как улучшение функционирования ребенка с ограничениями жизнедеятельности (в том числе с инвалидностью) в естественных жизненных ситуациях.

Анализ и оценка выполнения навыков самообслуживания способствует социализации ребенка в общество. Правильность выполнения оценивается в процессе совместных активностей. Начинать можно с любого периода, учитывая индивидуальные особенности детей. Использовать данную программу можно и в других возрастных группах, меняя игры, нагрузку, подбирая упражнения и игры с учетом психофизиологических особенностей детей.

Результаты ранней помощи могут быть оценены как для детей и семей, так и для подразделения ранней помощи.

Результаты для детей определяются в трех основных областях:

- область, связанная с развитием ребенка, его функционированием в ЕЖС (в соответствии с областями, определенными в МКФ-ДП), с повышением его собственной активности и вовлеченности в ЕЖС;
- область социального взаимодействия (все изменения, произошедшие в активности ребенка в области социальных отношений, взаимодействия, социального поведения ребенка);
- область, касающаяся участия ребенка в социальной жизни (возможность участия ребенка как в жизни его семьи, так и в других мероприятиях, характерных для других детей данного возраста без нарушений).

Результаты для семьи включают следующие показатели:

- семьи понимают сильные стороны своих детей, их способности и особые потребности, семьи помогают своим детям развиваться;
- семьи понимают необходимость создания для ребенка особой среды, безопасного, чувствительного, отзывчивого и стабильного социального окружения;
- у семей есть система поддержки;
- семьи имеют доступ к желаемым услугам, программам и мероприятиям в их сообществе;
- семьи знают свои права и умеют их эффективно отстаивать для своих детей.

В программе учитываются:

- индивидуальные потребности ребенка, связанные с его жизненной ситуацией и состоянием здоровья, имеющимися ограничениями жизнедеятельности, индивидуальные потребности отдельных категорий детей, в том числе с ограниченными возможностями здоровья;
- возможности освоения ребенком программы в несколько этапов ее реализации.

Программа позволяет преодолеть проблемы, возникающие при использовании образовательных программ в Службе ранней помощи.

Личностные результаты:

- навык самостоятельной активности и совместной активности с педагогом и родителем;
- способность к осмыслению социального окружения, своего места в нем, принятие соответствующих возрасту ценностей и социальных ролей;
- ориентации на понимание причин успеха в познавательной деятельности.

Регулятивные

- выполнение задач самостоятельно или совместно со специалистом и родителем.

Познавательные

- выполнять универсальные действия;
- выполнять анализ (выделение признаков);
- производить синтез (составление целого из частей, в том числе с самостоятельным достраиванием);
- выбирать основания для сравнения, классификации объектов;
- относить объекты к известным понятиям;
- преобразовывать информацию из одной формы в другую и выбирать.

Коммуникативные

- доносить свою позицию до других, владея приёмами монологической и диалогической речи;
- оформлять свои мысли в устной речи с учетом своих жизненных речевых ситуаций;
- слушать родителя или педагога.

Инновационной составляющей программы психолого-педагогического консультирования является организация помощи детям целевой группы в Службе ранней помощи ГБОУ СО «ЦППМСП «Ресурс» на междисциплинарной основе, направленной на содействие физическому и психическому развитию детей, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, формирование позитивного взаимодействия и отношений детей и родителей, детей и других, непосредственно ухаживающих за ребенком лиц,

в семье в целом, включение детей в среду сверстников и их интеграцию в общество, а также на повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц.

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

2.1. Содержание деятельности междисциплинарной команды на этапах реализации услуг ранней помощи

В Центре «Ресурс» услуги ранней помощи оказываются специализированным структурным подразделением ранней помощи. В междисциплинарную команду входят следующие специалисты: учитель-логопед, педагог-психолог, воспитатель, инструктор АФК, учитель-дефектолог.

Каждый специалист, являясь членом междисциплинарной команды специалистов ранней помощи, оказывает услуги психолого-педагогического консультирования по оказанию помощи детям и их семьям по следующим этапам:

2.1.1. Первичный прием

Включение ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи происходит в рамках процедуры (консультирования) на первичном приеме. Первичный прием включает в себя прием документов, проведение первичной оценки, обсуждение специалистов и родителей и, как итог, принятие решения о том, нуждается ли ребенок и его семья в услугах ранней помощи.

Первичная оценка включает следующие оценочные процедуры:

- изучение анамнеза, с использованием интервью родителей (законных представителей);
- проведение оценки функционирования ребенка по доменам МКФ-ДП;
- проведение оценки вовлеченности ребенка в естественные жизненные ситуации, взаимодействия и отношений с родителями/воспитателями и в семье в контексте влияния факторов окружающей среды;
- изучение документов, выданных медицинским учреждением (при наличии);

– изучение индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида (при наличии).

Заключение о нуждаемости ребенка в услугах ранней помощи и составлении ИПРП основывается на выводе о наличии у ребенка ограничений жизнедеятельности. В случае выявления нуждаемости первичный прием дополняется следующими сопутствующими процедурами: информирование семьи о порядке предоставления услуг ранней помощи; заключение договора с родителями (законными представителями) ребенка на получение услуг ранней помощи; зачисление ребёнка и семьи в состав получателей услуг ранней помощи при получении согласия родителей; назначение ведущего специалиста. В случае, если выявлено, что ребенок не нуждается в ранней помощи, но относится к группе биологического или социального риска, то родителям предлагается пролонгированное консультирование с целью мониторинга развития ребенка с частотой 1 раз в 1 месяц.

2.1.2. Проведение оценочных процедур для составления ИПРП (углубленных оценок)

Проведение оценочных процедур для составления ИПРП планируется ведущим специалистом. Оценочные процедуры для составления ИПРП проводятся ведущим специалистом при взаимодействии с родителями (законными представителями) ребенка, с привлечением тех специалистов, участие которых планируется в реализации ИПРП. Оценочные процедуры включают: оценку развития ребенка; оценку функционирования ребенка, которая осуществляется по категориям МКФ и основана на изучении рутин повседневной жизни; оценку сферы взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателями и в семье; оценку факторов, влияющих на развитие и функционирование ребенка (проводится итоговая консультация).

2.1.3. Составление ИПРП

ИПРП разрабатывается на основании результатов углубленных оценок ведущим специалистом и обсуждается на консультации совместно с

родителями, с учетом мнения и предложений специалистов, привлекаемых к ее реализации. ИПРП составляется на срок не менее 6 месяцев и включает:

- цели, которые сформулированы относительно ожидаемых результатов для ребенка, являются функциональными, достижимыми, измеримыми, соответствуют потребностям ребенка и его семьи;
- перечень услуг ранней помощи и количественные показатели их предоставления (длительность, периодичность), места и формы их предоставления;
- перечень естественных жизненных ситуаций, в которых ИПРП реализуется;
- срок реализации ИПРП и даты промежуточных оценок достигнутых результатов (пересмотра ИПРП);
- фамилию, имя, отчество и контактные данные ведущего специалиста и дополнительных специалистов;
- фамилию, имя, отчество и контактные данные родителя;
- ИПРП должна быть подписана ведущим специалистом, родителем ребенка, ответственным представителем организации в установленный срок от даты включения ребенка и семьи в число получателей услуг ранней помощи.

2.1.4. Реализация ИПРП

Все специалисты, предоставляющие услуги ранней помощи в рамках ИПРП, должны содействовать вовлечению семьи в ее реализацию. Взаимодействие с ребенком и семьей проводится на основе их собственной активности и участия, преимущественно в ЕЖС. Предоставление услуг ранней помощи может происходить на дому, при посещении семьей организации ранней помощи, в стационаре (для детей, длительно проживающих в учреждениях, при условии, что в данных учреждениях создано подразделение ранней помощи), индивидуально или в группах, в очной и дистанционной формах.

Родители всегда участвуют во всех ЕЖС вместе со своими детьми, способствуя развитию у ребенка новых навыков. Задача специалистов – обеспечить активное включение и участие родителей.

2.1.5. Промежуточная и итоговая оценка результативности реализации индивидуальной программы ранней помощи и качества услуг

Промежуточная оценка результативности реализации ИПРП должна проводиться не реже 1 раза в 3 месяца. Промежуточная оценка направлена на исследование имеющихся результатов работы и позволяет понять достигнуты ли поставленные цели. Результаты промежуточной оценки позволяют осуществить развитие или изменение поставленных ранее целей ИПРП в зависимости от выявленных достижений ребенка и семьи.

Итоговая оценка результативности ИПРП проводится по окончании срока реализации ИПРП, указанного в ИПРП, и включает:

- оценку динамики развития и функционирования ребенка, его вовлечения в ЕЖС;
- оценку влияния факторов окружающей среды, динамику взаимодействия и отношений ребенка с родителями/воспитателями и в семье;
- оценку понимания членами семьи сильных сторон своего ребенка, его способностей и особых потребностей;
- оценку динамики компетентности членов семьи в развитии и воспитании ребенка;
- оценку расширения социальных контактов семьи.

Промежуточная и итоговая оценка развития ребенка проводится по категориям МКФ, с использованием тех же инструментов, что и при оценке перед составлением ИПРП, а также с использованием дополнительных инструментов, например, интервью родителей условиях консультации.

2.1.6. Завершение ИПРП, сопровождение ребенка и его семьи при переходе в образовательную организацию или продление ИПРП

Предоставление услуг ранней помощи в рамках ИПРП завершается в случаях, когда:

- ребенок/семья больше не нуждаются в услугах, так как цели развития ребенка достигнуты, а факторы риска устранены;

- ребенок поступил в детский сад и успешно осваивает образовательную программу;
- ребенок достиг возраста 3 лет;
- семья принимает решение о прекращении реализации ИПРП;
- при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации программы.

Специалисты подразделения ранней помощи содействуют переходу ребенка в образовательное учреждение: ведущий специалист консультирует специалистов образовательной организации, принимающей ребенка; по запросу семьи, предоставляет ей услуги пролонгированного консультирования на период адаптации ребенка в образовательном учреждении сроком до 6 месяцев.

ИПРП может пролонгироваться для ребенка в возрасте до 3 лет, но не старше, если у него сохраняются выраженные ограничения жизнедеятельности и он получает образование в семье или краткосрочные услуги в образовательной организации, или получает консультационные услуги по месту проживания: в учреждении для детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей.

2.2. Содержание услуг психолого-педагогического консультирования по развитию активностей ребенка раннего возраста с РАС

В рамках реализации программы ранней помощи в ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс» детям целевой группы и их семьям предоставляется комплекс услуг, в том числе по содействию развития активностей в естественных жизненных ситуациях. Он подразумевает овладение детьми раннего возраста специальными компетенциями, обеспечивающими развитие двигательной, социальной, познавательной, коммуникативной сфер и других, постепенное формирование у них системы социальных навыков поведения, продуктивных форм общения с взрослыми и сверстниками, их вовлеченности в естественные жизненные ситуации, а также на повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц. Данное направление реализует каждый специалист службы ранней помощи.

В контексте функционирования, услуги психолого-педагогического консультирования направлены на поддержку семьи и развитие активностей ребенка в дома, на улице и др., в том числе с использованием адаптированных игрушек и вспомогательных средств, а также средств дополнительной альтернативной коммуникации, а именно:

- целенаправленное использование различных анализаторных систем (зрения, слуха и других) для исследования окружения;
- подражание;
- научение через действия с предметами;
- поиск информации;
- усвоение языка и формирование понятий;
- запоминание и усвоение последовательностей;
- освоение культурных действий с предметами;
- развитие воображения;

В раннем возрасте для ребенка наиболее значимо эмоциональное общение с близким взрослым. Поэтому услуги консультирования являются приоритетной формой взаимодействия и общения с родителями и другими, непосредственно ухаживающими за ребенком лицами при организации и поддержке совместной активности ребенка с родителями и семьей.

Ожидаемый результат (показатели эффективности):

- положительная динамика развития ребенка в области взаимодействия и познавательной активности с применением знаний и навыков по категориям МКФ;
- положительная динамика родительской компетентности в области раннего развития ребенка;
- удовлетворенность потребителей (семьи).

2.2.1. Специфика консультационной работы педагога-психолога в условиях службы ранней помощи

Педагог-психолог оказывает услуги консультирования тем детям, у которых по результатам углубленной оценки выявлено нарушение одной из

областей развития, например взаимодействие. Данный специалист службы ранней помощи не имеет узкой специализации по имеющемуся у ребенка нарушению. Педагог-психолог помогает нормализовать жизнь ребенка и семьи, посредством решения вопросов адаптации. Одна из главных его задач в процессе предоставления услуг – сопровождение семьи и поддержка развития ребенка в познании и взаимодействии с окружающим миром. Педагог в условиях ранней помощи занимается выработкой единой модели воспитания, важнее – развитие сохранных каналов получения информации, интереса к окружающему миру, любознательности, поддержка исследовательских способностей, игровых навыков, способности быть включенным, погруженным в игру.

Работа педагога-психолога строится на понимании того, что:

1. Каждый ребенок имеет индивидуальные особенности.
2. Ребенок является активным и инициативным исследователем окружающего мира, каждый ребенок способен показать, что ему интересно в данный момент и чему он хочет научиться.
3. Основной способ решения проблем – выработка стратегии детско-родительских отношений.
4. Ребенок познает окружающий мир и через общение с близкими взрослыми, через наблюдение за людьми и окружающим миром.
5. Основным условием взаимодействия ребенка с семьей, сверстниками, является его эмоциональное благополучие, обусловленное тем, что ребенка понимают и учитывают его потребности.

2.2.2. Задачи консультационной работы учителя-дефектолога на каждом этапе реализации ИПРП

Этап 1. Определение нуждаемости в услугах ранней помощи

Совместно с другими специалистами службы ранней помощи педагог-психолог определяет нуждаемость ребенка и его семьи в услугах ранней помощи при проведении оценки сформированности навыков по доменам Д1–Д9 и междисциплинарной оценке функционирования ребенка.

Рассмотрим нуждаемость ребенка при оценке навыков, соответствующих домену Д 7. Специалист внутренние ресурсы, интересы ребенка, на наличие у него привязанности к родителям, саморегуляции в ЕЖС и делится своими наблюдениями и обсуждает результаты наблюдения с семьей.

На первичном приеме собирается информация о функционировании ребенка, в том числе в области познавательной активности и применения знаний и навыков. Задача психолога – определить, формы, модели, технологии работы с семьей и ребенком:

- любопытство, интерес;
- стремление к получению опыта;
- взаимодействие дома с семьей.

Способ получения знаний:

- наблюдение копирование исследование;
- действия с предметами;
- общение;
- игра.

Применение знаний:

- концентрация внимания;
- решение проблем;
- мышление;
- притворство.

Полученные данные заносятся в «Бланк первичной оценки функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ребенка».

Этап 2. Междисциплинарная оценка и углубленная оценка межличностного взаимодействия семьи с ребенком

В случае включения ребенка в индивидуальную программу ранней помощи психолог участвует в междисциплинарной оценке и проводит углубленную оценку социального окружения и взаимодействия ребенка.

Оценка психолога состоит из нескольких компонентов:

- оценка возможностей ребенка взаимодействовать с окружающим миром в повседневных жизненных ситуациях (ЕЖС);
- дифференциальная диагностика для исследования причин трудностей познания;
- углубленная оценка эмоциональных и личностных особенностей ребенка и семьи;
- оценка мотивационных факторов.

Углубленная оценка проводится с помощью следующих инструментов:

- программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. (Нэнси М. Джонсон Мартин, Кеннет Г. Дженс, Сюзен М. Аттермиер, Бонни Дж. Хаккер);
- диагностические опросники KID и R-CDI (АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства»);
- как развивается ваш ребенок? (Эрнст Й. Кипхард).

Проводя углубленную оценку функционирования по домену Д7 в контексте влияния факторов окружающей среды, специалист уточняет особенности познавательного развития ребенка и определяет зону его ближайшего развития.

Оцениваются уровень наличия трудностей в сфере межличностного взаимодействия по следующим показателям:

1. Целенаправленное использование сенсорного опыта:

- наблюдение;
- слушание;
- ротовое исследование;
- тактильное исследование;
- исследование запаха;
- исследование вкуса.

2. Базовые способности учиться:

- копирование (имитация, подражание);
- взаимодействие через общение с предметами;

- приобретение информации (задавание вопросов семье);
- освоение языка;
- повторение (последовательности событий, действий с игрушками);
- усвоение понятий (основных: размер, форма, количество, длина, сходство, противоположность, сложных: классификация, группировка);
- научение совместному счету;
- приобретение практических навыков.

3. Применение знаний:

- способность фокусировать внимание (на человеке, прикосновениях, лице, голосе; изменениях окружающей среде);
- способность направлять и удерживать внимание на действиях или задачах определенной продолжительности;
- решение эмоциональных проблем;
- решение социальных проблем;
- решение проблем саморегуляции;
- принятие решений.

Углубленная оценка игры проводится по следующим параметрам:

Игра 9–18 месяцев:

- использует 5 разных предметов по назначению;
- самостоятельно играет с 10 простыми игрушками в соответствии с их назначением;
- самостоятельно играет с игрушками, требующими повторения действия (пирамидки);
- играет с различными простыми детскими игрушками в соответствии с их назначением: бросает мяч, строит из кубиков, играет с сортером, катает машинки;
- самостоятельно играет с игрушками, выполняя два разных моторных действия (положить – достать);
- самостоятельно играет с игрушками, выполняя несколько разных моторных действий (кладет – открывает – достает – закрывает);

- отобразительно выполняет действия с различными предметами;
- выполняет игровые задания до конца;
- спокойно принимает короткие социальные игры и прикосновения;
- использует движения, чтобы начать или продолжить сенсорную игру;
- устанавливает непродолжительный глазной контакт с другим человеком;
- участвует в социальной игре 2 минуты;
- реагирует на любимые предметы/игры взглядом, прикосновением, улыбкой или движениями;
- наблюдает и повторяет за взрослым в ходе параллельной игры с игрушками;
- в репертуаре ребенка 5–10 социальных игр;
- отвечает на приветствие / прощание взглядом, поворотом в сторону взрослого;
- отвечает на приветствие / прощание жестом или вокализацией;
- обменивается улыбкой со взрослым во время совместной игры;
- с готовностью участвует в простых играх, сидя на стуле или на полу со взрослым в течение пяти минут.

Игра 18–24 месяцев:

- комбинирует подходящие предметы в игре (чашка на блюде, ложка в тарелку);
- имитирует/использует звуки в игре: «говорит» по телефону, гудит как машина;
- изображает действия с куклой/игрушкой и другими предметами («реквизитом»);
- комбинирует функционально похожие действия в игровой теме: кормит и поит, укладывает в кровать и укрывает одеялом;
- демонстрирует метод проб и ошибок в решении задач с конструктором; различные схемы, не заученные;
- самостоятельно играет 10 минут (адекватно и разнообразно), редко прося внимания взрослого;

- может занять себя игрой, не имеющей четкого начала и конца (минимум 10 минут), редко обращаясь ко взрослому;
- берет материал, приносит на стол, выполняет задание и убирает;
- просит словом или физически инициирует знакомые игры.

Полученные данные заносятся в бланк «Протокол углубленной оценки области научения и применения знаний».

При наличии у ребенка умеренных и тяжелых трудностей в реализации данных активностей специалисты междисциплинарной команды делают заключение о наличии ограничений жизнедеятельности и необходимости составления ИПРП.

Этап 3. Разработка индивидуальной программы ранней помощи

Составление вместе с другими специалистами и с семьей ИПРП, которая может включать в себя оказание ребенку и его семье услуги «Содействие межличностному взаимодействию ребенка с семьей»

Цель данной услуги – помощь родителям в понимании причин нарушения взаимодействия. При разработке ИПРП педагогом-психологом ставятся задачи содействия решению эмоциональных трудностей и использование знаний в естественных жизненных ситуациях. ИПРП обсуждается и согласовывается с родителями.

В зависимости от потребностей ребенка и семьи реализация ИПРП проводится очно, в организации, индивидуально или в группе, дистанционно или на дому в форме совместной активности ребенка с семьей в ЕЖС и консультирования родителей.

Специалист предусматривает использование таких видов активности, которые содействуют развитию ребенка, соответствуют его возможностям и интересам. Задача специалиста – организовать совместную активность ребенка с родителями и семьей, поэтому в реализации ИПРП могут участвовать не только родители, но и другие, непосредственно ухаживающие за ребенком лица.

Заполняется бланк «Индивидуальная программа ранней помощи» в двух экземплярах. Одна копия выдается родителям.

Этап 4. Совместная с семьей реализация ИПРП на основе индивидуальных встреч с семьей в Службе, или на домашних визитах, или в групповой форме

На этапе реализации ИПРП, исходя из запроса семьи и особенностей развития и потребностей данного ребенка, педагогом-психологом реализуются задачи по следующим направлениям:

1. Эмоциональный отклик.
2. Взаимодействие с предметами (игрушками).
3. Взаимодействие во время игры мама-ребенок.
4. Налаживание контакта с педагогом-психологом (чужим).
5. Функциональное использование предметов и символическая игра.
6. Решение проблем.
7. Предсловарь, словарь.
8. Имитация: звуки, жесты.
9. Проявление самостоятельности во взаимодействии.
10. Оценка навыков мелкой моторики: тактильная интеграция, манипулирование, билатеральные навыки для подбора технологий взаимодействия.
11. Зрительно-моторные навыки.

Этап 5. Организация взаимодействия с родителями с целью повышения их компетентности для улучшения функционирования ребенка

Важно, чтобы реализация программы не только на индивидуальных встречах в СРП, но и в повседневной активности дома. Задача дефектолога в ранней помощи – не только организовать развивающее взаимодействие с ребенком в Службе, но и помочь маме дома создать такие условия для ребенка, чтобы его познавательное развитие шло и в повседневной жизни, в режимных моментах.

Этап 6. Оценка изменений, происходящих в функциональном состоянии ребенка в ходе реализации ИПРП; оценка эффективности выбранных приемов развития и динамики развития в ходе реализации ИПРП (при необходимости возможно внесение изменений в соответствии с изменением состояния ребенка).

Промежуточная оценка результативности реализации ИПРП должна проводиться не реже 1 раза в 3 месяца.

Промежуточная и итоговая оценка развития ребенка проводится по категориям МКФ, с использованием тех же инструментов, что и при оценке перед составлением ИПРП, а также с использованием дополнительных инструментов, например, интервью родителей.

Полученные данные заносятся в бланк «Протокол углубленной оценки области научения и применения знаний» в соответствующий раздел.

Учитель-дефектолог участвует в проведении супервизий, помогая специалистам в осуществлении или изменения ИПРП, намечает следующие шаги в развитии ИПРП.

Этап 7. Завершение ИПРП

Предоставление услуг ранней помощи в рамках ИПРП завершается в случаях, когда:

- ребенок/семья больше не нуждаются в услугах, так как цели развития ребенка достигнуты, а факторы риска устранены;
- ребенок поступил в детский сад содействие его социализации в группе с ровесниками;
- ребенок достиг возраста 3 лет;
- семья принимает решение о прекращении реализации ИПРП;
- при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации программы.

Показатели эффективности ИПРП:

- положительная динамика развития ребенка в области межличностного взаимодействия и применения знаний и навыков в категориях МКФ;

- положительная динамика родительской компетентности в области развития межличностного взаимодействия и применения знаний и навыков;
- удовлетворенность потребителей (семьи).

Этап 8. Краткосрочное и пролонгированное консультирование без составления ИПРП

Педагог-психолог также оказывает услуги ребенку и его семье вне ИПРП, проводя краткосрочное и пролонгированное консультирование по вопросам развития поддержки семьи в ЕЖС, в условиях игры, эмоциональных трудностях, развитии участия ребенка в общественной жизни.

Этап 9. Педагог-психолог консультирует семью на этапе перехода ребенка в ДООУ в период адаптации

2.2.3. Знания, необходимые педагогу-психологу СРП при оказании консультационных услуг:

- особенности развития детей раннего возраста до 3 лет;
- все области развития ребенка раннего возраста, знаниями из смежных с педагогикой наук (психологии, физической терапии, медицины);
- методы организации развивающей работы с детьми с различными видами нарушений, в том числе и РАС;
- особенности обучения членов семьи;
- основы командной работы;
- базовые методы консультирования и поддержки взрослых;
- закономерности и особенности межличностного взаимодействия с детьми раннего возраста, необходимости прохождения ребенком всех стадий физического, эмоционального развития.

3. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

3.1. Формы учета консультативной деятельности и отчетности учителя-дефектолога

1. Расписание занятий.
2. График работы.
3. Циклограмма деятельности.
4. Журнал движения детей.
5. Журнал учета индивидуальных форм работы.
6. Бланки углубленной диагностики сфере познания и применения знаний (d1–d9).
7. Планы индивидуальной работы в сфере познания и применения знаний (d1–d9).
8. Бланки ИПРП.
9. Заполнение разделов компьютерной программы, ведение электронных записей.

3.2. Организация предметно-пространственной развивающей среды

Совместные активности проводятся в специально оборудованном помещении. Предусмотрено проветривание, влажная уборка в соответствии с СанПиН. Кабинет педагога-психолога находится на втором этаже, оснащен необходимым оборудованием. Развивающая предметно-пространственная среда в кабинете педагога-психолога дает возможность общения и совместной деятельности детей (в том числе детей разного возраста) и взрослых, двигательной активности детей, а также возможности для уединения и релаксации.

Развивающая предметно-пространственная среда является содержательно-насыщенной, трансформируемой, полифункциональной, вариативной, доступной и безопасной.

Кабинет оснащен:

- детской мебелью: стол для индивидуальной работы, детские стулья, специализированные опоры для сидения;

- комплектом мягкой детской мебели;
- шкафами для дидактических и наглядных пособий;
- ковролином с комплектом съемных модулей;
- сухим бассейном;
- комплектом сенсорных мячей;
- игровым материалом с учетом возрастных особенностей;
- различными дидактическими играми и пособиями;
- интерактивными игрушками;
- оборудованием для развития мелкой моторики;
- методическими пособиями.

Примерный перечень оборудования:

- компьютеры с веб-камерами и гарнитурой для скайпа;
- программное обеспечение;
- устройство бесперебойного питания;
- высокоскоростной интернет;
- телефон;
- сенсорный монитор;
- принтер;
- ламинатор;
- сканер;
- специальные периферические устройства для компьютера;
- телевизор;
- внешний жесткий диск;
- фотоаппарат;
- музыкальный центр;
- диктофон;
- пеленальный стол;
- мебель для оснащения помещений.

Организация учебного кабинета:

1. Выбор помещения и его рациональная планировка соответствует Санитарно-эпидемиологическим правилам и нормам (СанПиН 2.4.2. № 3286-15).
2. Комплектование кабинета средствами обучения соответствует требованиям.
3. Кабинет укомплектован специализированной мебелью для организации рабочих мест.
4. Кабинет оснащен техническими средствами и созданы условия для их эффективного использования и хранения.
5. Создана система хранения и размещения учебного оборудования.
6. Интерьер оформлен в соответствии с функциональной значимостью Кабинета.
7. Основной принцип размещения и хранения учебного оборудования – по видам учебного оборудования, с учетом частоты использования данного учебного оборудования и правил безопасности.
8. Презентации, видеоролики и информационный наглядный материал находится на цифровых носителях.

Библиотечный фонд

Программно-методические материалы: ФГОС дошкольного образования, коррекционно-развивающие методики, дидактические игры, дидактический материал, наглядные пособия, иллюстрации, литературные произведения (стихи, сказки, рассказы), настольно-печатные игры; магнитофон, музыкальные произведения.

4. КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

4.1. Учебный план. График

Совместные активности проводятся не менее 2-х раз в неделю. Общее количество встреч – 12.

Дети принимаются в течение года по решению междисциплинарного консилиума. По итогам выполнения ИПРП проводится выпуск и зачисление новых детей.

Таблица 4

Учебный план программы

№	Наименование блоков	Всего часов	В том числе		Форма контроля
			теоретических	практических	
1	Установление контакта	1	–	1	наблюдение
2	Основная часть	10	–	10	наблюдение рефлексия
3	Завершение	1	–	1	наблюдение анкетирование
Итого		12	0	12	

Таблица 5

Учебно-тематический план программы

№	Наименование блоков	Всего часов	В том числе		Форма контроля
			теоретических	практических	
1	Установление контакта	1	–	1	наблюдение
2	Основная часть	10	–	10	наблюдение
2.1	Игровое взаимодействие в соответствии с уровнем развития ребенка	10	–	10	наблюдение
3	Завершение	1	–	1	рефлексия анкетирование
Итого		12	–	12	

4.2. Перспективное планирование

1. Углубленная оценка мобильности ребенка в естественных жизненных ситуациях (далее ЕЖС) – 2 часа.

Устное собеседование с целью получения сведений об исходном уровне умений, обследование взаимодействия, активности психологом СРП).

2. Знания о навыках самообслуживания (консультирование родителей – 2 часа).

Правила поведения на занятиях лечебной физической культуры, гигиенические требования. Техника безопасности во время занятий. Что такое лечебная физическая культура и ее роль в физическом развитии, имеющих отклонение в здоровье. Что такое правильная осанка.

3. Улучшение навыков жизненно важных компетенций на примере самообслуживания Д5, Д7:

- прививаем навыки самообслуживания, включавшие в себя: одевание, раздевание, еду, уход за телом и т. д.;
- развиваем коммуникативные навыки общения с детьми и взрослыми;
- систематизируем представления детей о взаимодействии с окружающим миром;
- анализируем эмоциональное отношение к предметам (игрушкам).

Наблюдение проводится по следующим направлениям.

Прием пищи:

- умением различать и называть предметы необходимые для приема пищи (ложка, вилка, кружка, чашка, блюдце, скатерть и т. д.);
- закреплением навыка: мыть руки перед едой, сервировать стол перед едой;
- наблюдение за игрой ребенка с игрушкой;
- умением есть опрятно, не разливая и роняя пищу;
- умением различать, какие продукты совместимы и полезны для здоровья, а какие нет;
- знать, что нельзя есть зеленые, а также невымытые ягоды, овощи, фрукты.

Гигиенические навыки:

- учить различать и называть части тела (голова, глаза, волосы, нос, зубы, уши, руки, ноги, пальцы);

- знать предметы гигиены (мыло, расческа, зубная щетка, зубная паста, душ, полотенце и пр.);
- сформировать представление у детей о том, что надо быть чистым – красиво и полезно для здоровья, а грязь способствует заболеваниям;
- сформировать и закрепить правила проведения утреннего и вечернего туалета: мытья рук, лица, вытирания насухо полотенцем;
- знать, где следует хранить предметы туалета: мыльницу, зубную щетку, пасту, расческу и полотенце.

Навыки опрятности:

- учить накрывать на стол перед едой;
- во время еды аккуратно есть пищу;
- пользоваться салфеткой;
- вытереть или вымыть посуду;
- в туалетной комнате пользоваться туалетной бумагой, мыть руки с мылом после туалета, вытирать их насухо полотенцем;
- при раздевании – научить складывать в определенной последовательности одежду;
- аккуратно одеваться, проверяя все застёжки на одежде;
- в игровой комнате помогать убирать на место игры и игрушки.

Навык раздевания – одевания:

- сформировать умения различать и называть предметы одежды и обуви (трусы, носки, колготки, майка, рубашка и т. д.);
- закрепить навык одевания и обувания при участии педагога;
- научить складывать одежду и обувь;
- научить шнуровать ботинки, завязывать и развязывать шнурки;
- различать обувь для правой и левой ноги;
- уметь самостоятельно застегивать одежду (на пуговицы, молнии, кнопки);
- учить следить за своим внешним видом;
- учить пользоваться носовым платком.

Навык адекватного поведения:

- учить здороваться и прощаться с детьми и взрослыми;
- научить детей взаимовыручке и помощи друг другу при выполнении тех или иных навыков самообслуживания;
- за столом вести себя спокойно и вежливо, уметь угостить друг друга и не забыть поблагодарить, пожелать приятного аппетита во время еды;
- выразить вежливо просьбу и поблагодарить за оказанную помощь;
- вместе садиться за стол и по окончании трапезы вместе выходить из-за стола;
- в помещении и на улице не сорить, не кричать.

Формирование навыков самообслуживания включали следующие этапы:

- создание положительно-эмоционального отношения к навыку;
- игра с куклами или другими игрушками (обыгрывание навыка с персонажем);
- демонстрация действия педагогом (показ на себя и комментирование каждого действия);
- совместные действия педагога с ребенком;
- действия ребенка по подражанию действиям взрослого;
- самостоятельные действия ребенка (планирование своей деятельности и комментирование поэтапного выполнения действия самим ребенком).

Приоритетные направления по социальному и межличностному взаимодействию детей:

- комплексные встречи, включающие в себя развитие, эмоциональных функций, так и всех психических процессов;
- работа с семьей по поиску решений проблем ребенка,
- развитие социализации и адаптации детей,
- формирование у детей с РАС уверенности в своих силах и возможностях.

4. Оценка реализации ИПРП – 1 час.

Программа предусматривает несколько видов контроля:

1. *Промежуточный* (контроль эффективности выполнения упражнений в процессе проведения совместной активности в виде наблюдений, корректировка в случаях необходимости).

2. *Итоговый* (результат реализации ИПРП).

Таблица 6

Тематический план совместных активностей
на примере развития социально-бытовых навыков

№ п/п	Направления работы	Примерное содержание/ рекомендации родителям
1.	Раздел 1. Развитие общения и сотрудничества со взрослыми	Кто у нас хороший Кукла Катя идет гулять Катя собирается на прогулку Листики летят Театрализованная игра «Маша и медведь» Найди такой же
2.	Раздел 2. Развитие игровой деятельности	Прокати мяч в ворота Построим гараж для машины
3.	Раздел 3. Развитие социально-эмоциональной сферы	Зарядка с клоуном Плюхом
4.	Раздел 4. Формирование привязанности, саморегуляции в ЕЖ	Катя идет обедать Катя просыпается
5.	Раздел 5. Развитие навыков самообслуживания и бытовых навыков	Оденем куклу Катю на прогулку Катя пришла с прогулки

Таблица 7

Годовой учебный план работы специалистов службы ранней помощи
в ГБОУ СО ЦППМСП «Ресурс»

Основные направления деятельности	Содержание деятельности	Сроки реализации	Ожидаемый результат
Оценка активности ребенка	1. Обследование детей в ходе индивидуальных занятий	В течение года	Реализованы диагностические программы согласно возрасту
Психолого-педагогическое консультирование	2. Консультирование родителей по итогам диагностического обследования	В течение года	Готовность родителей (законных представителей) участвовать в

			процессе психолого-педагогического консультирования
Разработка ИПРП	1. Определение расписания исходя из необходимости ребенка в услугах СРП в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями ребёнка и его функционированием в ЕЖС	В период реализации ИПРП	Составление расписания согласно возрасту и индивидуальных особенностей ребенка
Информационно-методическое	Составление заключения и рекомендации для участников процесса психолог-педагогического консультирования.	В течение года	Составлены заключение и рекомендации для семьи и педагогов

В результате реализации ИПРП отмечается повышение реабилитационного потенциала ребенка через навыки социализации, происходит развитие и поддержание интереса к совместным активностям как образу жизни. В ходе реализации программы оценивается уровень межличностного взаимодействия в различных ситуациях: кормление, одевание, совместная игра.

В процессе реализации программы оценивается уровень адаптации ребенка в ЕЖС. Подведение итогов реализации программы осуществляется с помощью следующих методов:

– включенное наблюдение за детьми в процессе совместных активностей мама-ребенок, психолог-ребенок;

Анкета обратной связи



МИНИСТЕРСТВО ОБЩЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Государственное бюджетное учреждение Свердловской области
«Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной
помощи «Ресурс»»
Ул. Машинная, д.31, г. Екатеринбург, 620142, Тел./факс (343)221-01-57
E-mail: centresurs@gmail.com

Анкета обратной связи

Благодарим Вас за участие в нашем мероприятии. Просим высказать свое мнение о нем используя следующие варианты ответов:

1 – нет 2 – скорее нет, чем да 3 – затрудняюсь ответить 4 – скорее да, чем нет 5 – да

1. Удовлетворенность

1.1. Было ли комфортным для вас мероприятие?

1 2 3 4 5

1.2. Понравилась ли вам форма проведения мероприятия?

1 2 3 4 5

1.3. Оправдало ли мероприятие Ваши ожидания?

1 2 3 4 5

2. Полезность

2.1. Получили ли вы новые знания?

1 2 3 4 5

2.2. Было ли мероприятие полезным для вас?

1 2 3 4 5

2.3. Хватило ли Вам полученных практических навыков?

1 2 3 4 5

3. Применимость

3.1. Была ли актуальной для Вас информация?

1 2 3 4 5

3.2. Применимы ли полученные знания в вашей деятельности?

1 2 3 4 5

3.3. Доступно ли изложен материал?

1 2 3 4 5

4. Оценка

Оцените мероприятие в целом.

информирование

плохо

удовлетворительно

хорошо

отлично

организация

плохо

удовлетворительно

хорошо

отлично

атмосфера

плохо

удовлетворительно

хорошо

отлично

Напишите Ваше впечатление от участия

Напишите Ваши пожелания для последующих мероприятий

Спасибо!

Если Вы в дальнейшем желаете получать рассылку о мероприятиях организуемых Центром «Ресурс» укажите, пожалуйста, Ваши контактные данные (по желанию).

е-mail

телефон

Общие расстройства психологического развития (F84)

Группа расстройств, характеризующихся качественными отклонениями в социальных взаимодействиях и показателях коммуникабельности, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся комплексом интересов и действий. Эти качественные отклонения являются общей характерной чертой деятельности индивида во всех ситуациях. При необходимости идентифицировать связанные с данными нарушениями заболевания или умственную отсталость используют дополнительный код.

F84.0 Детский аутизм

Тип общего нарушения развития, который определяется наличием:

- а) аномалий и задержек в развитии, проявляющихся у ребенка в возрасте до трех лет;
- б) психопатологических изменений во всех трех сферах: эквивалентных социальных взаимодействиях, функциях общения и поведения, которое ограничено, стереотипно и монотонно. Эти специфические диагностические черты обычно дополняют другие неспецифические проблемы, такие, как фобии, расстройства сна и приема пищи, вспышки раздражения и направленная на себя агрессивность.

Аутическое расстройство Детский аутизм, психоз Синдром Каннера
Исключена: аутическая психопатия (F84.5)

F84.1 Атипичный аутизм

Тип общего нарушения развития, отличающийся от детского аутизма возрастом, в котором начинается расстройство, или отсутствием триады патологических нарушений, необходимой для постановки диагноза детского аутизма. Эту подрубрику следует использовать только в том случае, если аномалии и задержки в развитии проявились у ребенка старше трех лет и недостаточно демонстративно выражены нарушения в одной или двух из трех областей психопатологической триады, необходимой для постановки диагноза детского аутизма (а именно в социальном взаимодействии, общении

и поведении, характеризующемся ограниченностью, стереотипностью и монотонностью), несмотря на наличие характерных нарушений в другой (других) из перечисленных областей. Атипичный аутизм чаще всего развивается у лиц с глубокой задержкой развития и у лиц, имеющих тяжелое, специфическое рецептивное расстройство развития речи. Атипичный детский психоз Умственная отсталость с чертами аутизма. При необходимости идентифицировать умственную отсталость используют дополнительный код (F70–F79).

F84.2 Синдром Ретта

Состояние, до настоящего времени обнаруживаемое только у девочек, при котором явно нормальное раннее развитие осложняется частичной или полной утратой речи, локомоторных навыков и навыков пользования руками одновременно с замедлением роста головы. Нарушения возникают в возрастном интервале от 7 до 24 месяцев жизни. Характерны потеря произвольных движений руками, стереотипные круговые движения рук и усиленное дыхание. Социальное и игровое развитие останавливается, но интерес к общению имеет тенденцию к сохранности. К 4 годам начинается развитие атаксии туловища и апраксии, часто сопровождаемые хореоатетоидными движениями. Почти неизменно отмечается тяжелая умственная отсталость.

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Тип общего нарушения развития, для которого характерно наличие периода абсолютно нормального развития до проявления признаков расстройства, сопровождаемого выраженной потерей приобретенных к тому времени навыков, касающихся различных областей развития. Потеря происходит в течение нескольких месяцев после развития расстройства. Обычно это сопровождается выраженной утратой интереса к окружающему, стереотипным, монотонным двигательным поведением и характерными для аутизма нарушениями в сфере социальных взаимодействий и функций общения. В ряде случаев может быть показана причинная связь этого

расстройства с энцефалопатией, но диагноз должен базироваться на особенностях поведения. Детская деменция. Дезинтегративный психоз. Синдром Геллера. Симбиозный психоз. При необходимости идентифицировать связанные с расстройством неврологические заболевания используют дополнительный код. Исключен: синдром Ретта (F84.2).

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

Плохо обозначенное расстройство неопределенной нозологии. Эта категория предназначена для группы детей с выраженной умственной отсталостью (IQ ниже 50), проявляющих гиперактивность, нарушение внимания, а также стереотипное поведение. У этих детей стимулирующие препараты могут вызвать не положительный ответ (как у лиц с нормальным уровнем IQ), а, напротив, тяжелую дисфорическую реакцию (иногда с психомоторной ретардацией). В подростковом возрасте гиперактивность имеет тенденцию сменяться сниженной активностью (что нетипично для гиперактивных детей с нормальным интеллектом). Данный синдром часто связан с различными отставаниями в развитии общего или специфического характера. Неизвестна степень этиологического участия в этом поведении низкого IQ или органического поражения мозга.

F84.5 Синдром Аспергера

Расстройство неопределенной нозологии, характеризующееся такими же качественными аномалиями социальных взаимодействий, какие характерны для аутизма, в сочетании с ограниченностью, стереотипностью, монотонностью интересов и занятий. Отличие от аутизма в первую очередь состоит в том, что отсутствует обычная для него остановка или задержка развития речи и познания. Это расстройство часто сочетается с выраженной неуклюжестью. Выражена тенденция к сохранности вышеуказанных изменений в подростковом и зрелом возрасте. В раннем периоде зрелости периодически имеют место психотические эпизоды. Аутическая психопатия. Шизоидное расстройство в детском возрасте.

F84.8 Другие общие расстройства развития

F84.9 Общее расстройство развития неуточненное

Опросник «Коммуникация» О. Шаповалова

Задание:

1. Понаблюдать за ребенком, когда он хочет чего-то получить или избежать.
2. Ответьте на следующие вопросы.
3. Приводите примеры.

как ребенок привлекает ваше внимание	
как ребенок привлекает внимание незнакомых людей	
как вы знаете, что ребенок хочет есть или пить	
как ребенок объясняет вам, что ему что-то нужно	
как он показывает, что он чем-то недоволен	
как он показывает, что он чем-то доволен	
общается ли ребенок со сверстниками (если да, то как и сколько)	
если ребенок говорит, то напишите, какой у него словарный запас (сколько примерно слов, дайте примеры)	
пользуется ли он речью чтобы начать коммуникацию	
если ребенок говорит, то напишите, на какие вопросы он отвечает	
если ребенок не говорит, то напишите, на какие вопросы он отвечает и как	
знает ли свое имя (как вы знаете, что он знает свое имя?)	
задает ли вопросы (если да, то напишите примеры вопросов)	
повторяет за другими	
повторяет фразу или звуки несколько раз, когда он предоставлен самому себе	

Бланк плана проведения междисциплинарной оценки

Дата составления			
ФИО ребенка: _____			
Ведущий специалист: _____			
Вид оценки	Метод (методика)	Специалист	Дата проведения
Оценка ежедневных жизненных ситуаций	перечислить		
Дифференциальная диагностика			
Оценка навыков	Перечислить домены		
Оценка мотивационных факторов	Реальные практические пробы Наблюдение Тестирование мотивационных факторов		
Планируемая дата обсуждения результатов междисциплинарной оценки			

Протокол обследования

1. Социально-нормативные возрастные характеристики (в баллах от 1 до 4)	
1.1. Взаимодействие со взрослыми	
Не взаимодействует, недоступен для контакта	1
Взаимодействует по своей потребности, не испытывает интереса к контакту	2
Проявляет интерес в общении со взрослым, вступает в контакт	3
Иницирует общение, активно взаимодействует со взрослым	4
1.2. Взаимодействие со сверстниками (со слов родителей и/или ребенка)	
Не взаимодействует, недоступен для контакта	1
Взаимодействует по своей потребности, не испытывает интереса к контакту	2
Проявляет интерес в общении со сверстниками, вступает в контакт	3
Иницирует общение, активно взаимодействует со сверстниками	4
1.3. Соблюдение общепринятых норм и правил поведения	
Не соблюдает, поведение практически не регулируется речевой инструкцией взрослого	1
Соблюдает элементарные социальные нормы, обычно следует правилам поведения и инструкции взрослого, в соответствии со своими внутренними потребностями	2
Соблюдает нормы и правила, следует инструкции, иногда нуждается во внешнем контроле со стороны взрослого	3
Соблюдает нормы и правила, следует инструкции, способен дать оценку своим действиям в отношении социальных норм и правил	4
2. Особенности эмоциональной сферы	
Общий эмоциональный фон	
– снижен (пассивный, апатичный)	
– неустойчивый (колебания настроения, лабильный)	
– повышенный (активный, возбужденный)	
– стабильный (ровный, спокойный)	
Проявление агрессии	
– физическая агрессия	
– аутоагрессия	
– вербальная агрессия	
– негативизм, упрямство	
Другие эмоциональные проявления	
– повышенная тревожность	
– плаксивость	
– капризность	
3. Поведенческие проявления дезадаптации	
– аффективные вспышки	
– гримасничанье (манерность)	
– заикание	
– импульсивность	
– кусание ногтей/сосание пальцев/облизывание губ	
– неадекватность реакции на неуспех/успех	

- отсутствие критичности к своему поведению и выполнению заданий
- тики, навязчивые движения
- энурез/энкопрез
- другое

Опросник определяет оценку умений и способностей ребенка, а также степень эмоционального неблагополучия ребенка, с точки зрения мнения родителей, где минимальное значение: 0 баллов, максимальные баллы (для шкал с 1 по 12), шкалы 13 и 14 оцениваются по двухбалльной шкале (от 0 до 2 баллов).

1 шкала: степень эмоционального неблагополучия (СЭН) представляет процентное отношение набранных баллов к максимальному количеству баллов (40)

3 уровня СЭН:

0 до 20% – низкий;

от 20 до 50% – средний;

выше 50% – высокий.

2 шкала: фактор соматовегетативных нарушений

3 уровня по шкале 2 (сумма баллов по указанным шкалам):

от 0 до 4 – низкий;

от 5 до 8 – средний;

от 9 до 12 – высокий.

3 шкала: фактор преневротических нарушений

3 уровня по шкале 3 (сумма баллов по указанным шкалам):

от 0 до 7 – низкий;

от 8 до 14 – средний;

от 15 до 22 – высокий.

4 шкала: фактор поведенческих нарушений

3 уровня по шкале 4 (сумма баллов по указанным шкалам):

от 0 до 2 – низкий;

от 3 до 4 – средний;

от 5 до 6 – высокий.

Опросник для родителей

1	Пониженное настроение	
а	Настроение пониженное, часто плачет, раздражается без всяких на то причин	3
б	Настроение пониженное, плачет, раздражается по любому поводу	2
в	Настроение пониженное, плачет, раздражается, когда есть серьезные причины	1
г	Настроение ровное, не раздражается, редко плачет	0
2	Нарушения сна	
а	Всегда засыпает медленно и/или часто просыпается и двигается в постели, и/или встает неохотно	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Засыпает быстро, сон продолжительный без просыпания, встает бодро и охотно	0
3	Нарушения аппетита	
а	Всегда плохой аппетит и/или разборчив в еде	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Аппетит хороший, в еде неразборчив	0
4	Потливость	
а	Общая потливость повышена днем и/или ночью	3
б	Ладони и/или голова потливы всегда	2
в	Ладони и/или голова потливы иногда	1
г	Ладони и голова не потливы	0
5	Недержание мочи и стула	
а	Почти каждый день бывает недержание мочи и/или стула ночью и днем	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Не бывает недержания мочи и стула	0
6	Вредные привычки	
а	Очень часто грызет ногти и/или сосет палец и/или играет с какой-либо частью тела	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Никогда ...	0
7	Жалобы на самочувствие	
а	Очень часто жалуется на боли в животе и/или в голове, и/или на тошноту, и/или на головокружение	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Не чаще, чем другие дети	0
8	Тревога и страхи	
а	Часто выраженная тревога, страхи (по содержанию) с двигательным беспокойством или заторможенностью	3

б	Часто тревожится, легко пугается без выраженных внешних проявлений	2
в	Редкая тревога, страх, проявляющиеся только при действии неприятных факторов	1
г	Отсутствуют тревога и страхи	0
	Содержание тревоги и страхов:	
	Темноты	
	Высоты	
	Шума	
	Животных	
	сказочных персонажей	
	чужих людей	
	Одиночества	
	болезни, смерти своей и/или родителей	
	другие:	
9	Нарушение двигательной активности:	
а	Всегда суетлив, излишне подвижен, плохо концентрирует внимание	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Адекватно активен	0
	ИЛИ	
а	Всегда вял, заторможен, плохо концентрирует внимание	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Адекватно активен	0
10	Трудности общения со сверстниками	
а	Всегда не стремится к общению и/или отходит от него из-за недостаточности общения, несмотря на доброжелательное отношение	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Никогда ...	0
	ИЛИ	
а	Всегда стремится к общению, но его не хотят принимать и/или несмотря на обоюдное желание, контакты сопровождаются конфликтами	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Никогда ...	0
11	Неуверенность в себе	
а	Всегда уклоняется от содержательных игр, проверки его реальных возможностей, боится неудачи	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Никогда ...	0
12	Чрезмерная чувствительность к замечаниям и наказаниям	
а	Всегда все воспринимает близко к сердцу и/или проявляет словесную или физическую агрессию	3
б	Часто ...	2
в	Иногда ...	1
г	Никогда ...	0

13	Заикается	
а	Да	2
б	Нет	0
14	Тики	
а	Дергает рукой, плечом или часто моргает	2
б	Нет	0