

Министерство просвещения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования
Кафедра теории и методики обучения лиц с ограниченными возможностями
здоровья

**Комплекс реабилитационных мероприятий по формированию
коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройством
аутистического спектра**

Выпускная квалификационная работа

Допущено к защите
Зав. кафедрой
теории и методики обучения лиц с
ограниченными возможностями
здоровья
д. филол. н., проф.
А.В. Кубасов

Исполнитель:
Хасанова Дарья Владимировна
Обучающийся ОТРиА-2041z гр.

подпись

дата

подпись

Руководитель:
Кубасов Александр Васильевич,
д.филол.н., проф. кафедры
теории и методики обучения лиц с
ограниченными возможностями
здоровья

подпись

Екатеринбург 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ ИНДИВИДУЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....	10
1.1. Коммуникативные умения: понятие и развитие в онтогенезе.....	10
1.2. Характеристика детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра	14
1.3. Особенности формирования коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра.....	22
1.4. Принципы составления индивидуальной программы ранней помощи как средство психолого-педагогической абилитации.....	25
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРЕМЕНТА.....	40
2.1. Методы диагностики коммуникативных умений.....	40
2.2. Психолого-педагогическая характеристика экспериментальной группы.....	45
2.3. Организация исследования.....	48
ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕТРА ПОСРЕДСТВОМ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ.....	63
3.1. Основные направления работы по формированию коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра.....	63
3.2. Составление и реализация индивидуальной программы ранней	

помощи детям с расстройством аутистического спектра.....	66
3.3. Оценка эффективности абилитационных мероприятий по формированию коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра в условиях Службы ранней помощи.....	78
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	87
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	89

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время статистические данные указывают на рост числа детей с расстройствами аутистического спектра. В связи с этим стало больше уделяться внимания проблеме изучения и коррекции данного психического расстройства у детей.

По данным Всемирной организации здравоохранения один ребенок из ста шестидесяти детей в мире страдает расстройством аутистического спектра. У мальчиков аутизм диагностируется в три раза чаще, чем у девочек.

До недавнего времени РАС рассматривались как клиническая проблема. Данный термин, а также мнение о необходимости специально организованной помощи детям с указанным типом дизонтогенеза в отечественной психологии впервые прозвучали в работах Груни Ефимовны Сухаревой. Категория детей с расстройством аутистического спектра изучалась следующими исследователями:

В. М. Башиной, С. А. Морозовым, Leo Kanner, Гансом Аспергером и др.

По мнению большинства авторов (Е. Р. Баенская, Ф. Волкмар, Н. С. Жукова, Н. Г. Манелис, О. С. Никольская, L. Kanner, R.L. Koegel и др.), одним из главных нарушений, препятствующих успешной социальной адаптации детей с расстройствами аутистического спектра, является недостаточное развитие коммуникативных умений, что может проявляться отсутствием или отставанием разговорной речи, стереотипиями в речи, неспособностью поддержать диалог, отвечать на вопросы и рядом других специфических особенностей. Проблемой общения и развития коммуникативных умений в дошкольном возрасте занимались такие ученые, как А. А. Бодалев, М. И. Лисина, Л. Я. Лозован, Т. А. Репина, Е. Г. Савина, Е. О. Смирнова и др. Нельзя не отметить и важный вклад таких авторов как Н. Н. Печора, Л. М. Самарина, Э. Л. Фрухт, М. Монтессори, Е. А. Стребелева, Д. Б. Эльконин, которые занимались вопросами,

касающиеся теории и практики ранней диагностики и психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста. Авторы склоняются к мнению, что процесс развития коммуникативных умений является основным в социально-коммуникативном развитии ребенка и характеризуют развитие коммуникативных умений как развитие способности общения и успешного взаимодействия с окружающими, в процессе которого ребенок не только познает другого человека, но и самого себя. Отсутствие единой комплексной системы оценки коммуникативных умений затрудняет разработку индивидуальной программы ранней помощи для детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. В отечественной практике индивидуальная программа развития коммуникативных умений ребенка с расстройствами аутистического спектра чаще всего основывается на результатах диагностических процедур, которые специалисты применяют в рамках психолого-педагогического, логопедического, а также нейропсихологического и патопсихологического обследования. Методы и методики развития коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра отечественными специалистами, чаще всего, описываются неполно, фрагментарно. В ряде случаев, методики, предложенные авторами (В. М. Башина, С. А. Морозов, С. С. Морозова, О. С. Никольская), направлены на оценку ограниченной группы коммуникативных умений и в основном внимание уделяется не столько оценке развития коммуникативных умений, сколько оценке развития речи в целом. В зарубежной практике для оценки и последующей разработки индивидуальных образовательных программ используют диагностический инструментарий, основанный на методах и стратегиях прикладного анализа поведения (Early Start Denver Model for Young Children with Autism, VB-MAPP, ADOS, PEAK, ABLLS-R, AFLS и др.). Научная эффективность поведенческого подхода к развитию коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра доказана большинством исследований зарубежных и некоторых отечественных

авторов.

Так как расстройство аутистического спектра – это непростое нарушение развития детей, требующее особенного подхода в реабилитационной работе, нами будет проведено исследование по разработке комплекса реабилитационных мероприятий, посредством составления индивидуальной программы ранней помощи, направленных на развитие коммуникативных умений, которые необходимы для полной социализации и адаптации детей данной категории. При ранней диагностике и реабилитационном вмешательстве, формирование элементарных коммуникативных умений возможно в специально организованных условиях, таким образом выбранная тема нашего исследования становится актуальной.

[33]

Существует множество научных изданий, в которых исследуются личностные особенности, в том числе и коммуникативные, однако, остается нераскрытым вопрос создания методики, которая могла бы изучать и правильно сформировать ранние коммуникативные умения быстро и максимально надежно. Наличие проблем исследования определило выбор темы: «Комплекс реабилитационных мер по формированию коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра».

Цель исследования: научное обоснование психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста с РАС в процессе составления и реализации индивидуальной программы ранней помощи в естественных жизненных ситуациях; теоретически обосновать, разработать и апробировать методики составления индивидуальных программ ранней помощи.

Объект исследования: индивидуальная программа ранней помощи детей с РАС.

Субъект исследования: дети с РАС от 0 до 3,5 лет.

Предмет исследования: психолого-педагогическая реабилитация посредством реализации индивидуальной программы ранней помощи в естественных жизненных ситуациях (далее ЕЖС).

Гипотеза исследования заключается в предположении о том, что разработанные и реализованные ИПРП для раннего возраста детей с РАС, с подобранными и адаптированными методами, приёмами, оборудованием будут продуктивнее и позволят сформировать элементарные коммуникативные умения у детей раннего развития с РАС, если:

- будут созданы специальные условия для максимального развития детей раннего возраста с РАС в ЕЖС;

- подобраны и апробированы индивидуальные программы развития ребёнка раннего возраста с РАС;

- сформированы жизненные компетенции в ЕЖС – это одно из приоритетных направлений в развитии детей раннего возраста с РАС.

Объект, предмет, цель и гипотеза исследования обусловили постановку следующих задач:

- проанализировать психологические и педагогические труды с целью выявления особенностей организации ранней помощи детям с РАС;

- определить методическое основание разработки индивидуальной программы ранней помощи;

- выявить педагогические условия, необходимые для реализации индивидуальной программы ранней помощи детям с РАС;

- подобрать и апробировать диагностический инструментарий, позволяющий исследовать эффективность разработанных индивидуальных программ ранней помощи.

Теоретическо – методологическую основу исследования составляют:

- концепция раннего выявления и ранней коррекции отклонений в развитии, разработанная НИИКП РАО (Н. Н. Малофеев, Ю. А. Разенкова, Е. А. Стребелева, Н. М. Шматко и другие); [40]

- научные положения Л. С. Выготского о «зоне ближайшего развития» и о профилактике вторичных дефектов, «социальных вывихов»;

- И. П. Павлова и И. М. Сеченова о рефлекторной природе высшей нервной деятельности;

- учение А. Р. Лурия о мозговой организации психических процессов;
- научные положения Л. С. Выготского, М. Монтессори, Д. Б. Эльконина и др. о важности диагностики и развития в чувствительные периоды. [35]

В исследовании использовался комплекс следующих методов: теоретических: анализ психолого-педагогической литературы, нормативных документов; базовых дефиниций; количественного и качественного анализа фактического материала.

Кроме того, использовались эмпирические методы: опрос, наблюдение и обобщение педагогического опыта.

Организация исследования: Филиал МАОУ СОШ № 13, «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Развитие», Служба ранней помощи.

На первом этапе изучалась психологическая, педагогическая и методическая литература по проблеме исследования, были сформулированы проблема и цель работы, поставлены задачи и выработаны методы научно-поисковой работы, определён научный аппарат.

На втором этапе была определена и апробирована методика констатирующего эксперимента, подобран диагностический инструментарий, разработаны критерии оценивания полученных результатов.

На третьем этапе проводился обучающийся эксперимент, была разработана система реабилитационных мероприятий, включённых в индивидуальные программы ранней помощи ребёнку раннего возраста, проведена необходимая работа и осуществлён контрольный эксперимент, систематизированы и обобщены материалы опытно-экспертной работы.

Научная новизна исследования выражена в следующем:

- обоснована методика разработки индивидуальной программы ранней помощи детям раннего возраста с РАС;
- разработано содержание индивидуальной программы ранней помощи детям раннего возраста с РАС;

- предложены и апробированы индивидуальные программы ранней помощи детям раннего возраста с РАС.

Практическая значимость состоит в методических рекомендациях, позволяющих создать специальные условия для эффективного развития коммуникативных умений детей раннего возраста с РАС в ЕЖС и в выявлении ранних признаков РАС, которые помогут специалистам и родителям как можно раньше начать реабилитационные мероприятия.

Апробация результатов моего исследования: результаты исследования прошли апробацию в следующих публикациях: сборник «Специальное образование» на тему: «Особенности формирования речи у детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра». В научно-методическом журнале «Специальное образование» № 3 (67) 2022 была опубликована статья на тему: «Чек-лист для родителей по определению признаков расстройства аутистического спектра у детей полутора-двух лет», к ней же был разработан и распространен одноименный буклет для родителей и специалистов. В сборнике «Актуальные проблемы обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья» была опубликована статья «Роль денверской модели раннего вмешательства для детей с расстройством аутистического спектра, как способ реабилитации детей раннего возраста в службе ранней помощи».

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И НЕОБХОДИМОСТЬ РАЗРАБОТКИ ИНДИВИДУЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

1.1. Коммуникативные умения: понятие и развитие в онтогенезе

Одной из самых главных человеческих потребностей является потребность в общении. Общение – взаимодействие двух (и более) людей, направленное на согласование и объединение их усилий с целью налаживания отношений и достижения общего результата.[15] Общение является сложным и многогранным феноменом жизнедеятельности человека, выступающим одновременно как: процесс взаимодействия людей; информационный процесс (обмен информацией, деятельностью, ее результатами, опытом); средство и условие передачи и усвоения социального опыта; отношение людей друг к другу; процесс взаимовлияния людей друг на друга; сопереживание и взаимопонимание людей.[5]

На роль процесса общения в психическом развитии ребенка неоднократно ссылались Л. И. Божович, Л. С. Выготский, М. И. Лисина, В. С. Мухина, А. Г. Рузская, Д. Б. Эльконин и др. Влияние общения в форме его положительного воздействия наблюдается во всех сферах психической жизни ребенка – от процессов восприятия до становления личности и самосознания. Общение является необходимым условием формирования коммуникативной деятельности.

Ранний возраст – особенный период в жизни человека. По мнению педагогов и психологов, коммуникативные умения не являются врожденными, они могут сформироваться только в процессе приобретения жизненного опыта, взаимодействия с другими людьми. [1]

То, что происходит в раннем возрасте, определяет состояние здоровья, обучения и поведения человека, которые могут сохраниться до конца жизни. В связи с этим особое значение приобретает формирование коммуникативных умений у детей раннего возраста, который, по Д. Б. Эльконину, охватывает период жизни ребенка от года до трёх лет. [56]

Теперь раскроем понятие «умения». В психолого-педагогической литературе существует множество определений понятия «умение», приведем некоторые из них:

Умение – знание в действии. В умении надо различать две стороны: умение, которое рассматривается как готовность и способность применять знания на практике, и умения как система приемов (двигательных или умственных), обеспечивающих эту способность. [7]

Умение – способность выполнять действия, приобретенные в результате обучения или жизненной практики. При дальнейшем упражнении умение может перейти в навык. [31]

Умение – это освоенный способ выполнения действия, обеспечиваемый совокупностью приобретенных знаний и навыков. Умение формируется путем упражнений и создает возможность выполнения действия не только в привычных, но и в изменившихся условиях. Умение всегда реализуется под контролем. [16]

На основе вышеперечисленных определений мы будем придерживаться такого понятия «умение», как способность выполнять действия, приобретенные в результате обучения в естественных жизненных ситуациях.

Возвращаясь к исследованию понятия «коммуникативные умения», необходимо отметить, что в современных психолого-педагогических исследованиях по проблемам развития коммуникативных умений на разных этапах жизни человека обнаружено и подтверждено, что своевременное овладение коммуникативными умениями является необходимым условием позитивной социализации личности, ее социальной успешности, эффективной самореализации (О. Г. Абрамлина, Г. М. Батуева, С. А. Козлова,

В. С. Селиванов, Т. А. Федосеева, Н. Е. Щуркова и др.). Эффективность зависит от условий ежедневной коммуникативной практики и социального взаимодействия с окружающими людьми, освоения коммуникативной культуры общества благодаря обучению и воспитанию (Б. Г. Ананьев, А. А. Бодалев, А. Н. Леонтьев, Б. Ф. Ломов, В. Н. Мясищев). [16]

В работах Л. Р. Мунировой, С. В. Проняевой, Е. Г. Савиной, О. С. Степиной, О.А. Черенковой и др. показано, что уже в раннем возрасте ребенок способен постигнуть и использовать довольно богатый репертуар коммуникативных умений: включение в процесс общения, установление контактов, их инициация, адекватное реагирование на действия взрослого и сверстника, адекватное применение разнообразных средств общения. (С. А. Бычкова, Р. Р. Калинина, С. В. Проняева, Л. М. Шипицына и др.). Данные и выводы исследований доказывают, что развитие и обучение способствуют быстрому и осознанному усвоению детьми элементарных коммуникативных умений. [11]

Отсюда следует, что в процессе общения у детей раннего возраста формируются коммуникативные умения. Речь – вербализированный продукт, но коммуникация по своей природе может быть и невербальной. Ребенок в раннем возрасте только находится на стадии овладения речью, но при этом он может общаться и взаимодействовать с окружающими людьми на невербальном уровне, например, с помощью крика, элементарных вокализаций или жестов. [52]

Из вышесказанного следует, что коммуникативные умения детей раннего возраста – это свойства и способности, характеризующиеся в виде проявления инициативы при вступлении в контакт, выражения эмоционального отношения к воздействиям партнера посредством использования различных средств общения (вербальные и невербальные), обеспечивающих достижение определенного результата. (О. И. Киличенко, Н. М. Косова, Е. В. Смирнова, В. Д. Ширшов и др.). [3]

Развитие коммуникативных умений идет по следующим направлениям:

1. формирование базовых коммуникативных функций;
2. формирование социоэмоциональных навыков;
3. формирование диалоговых навыков.

1. Формирование базовых коммуникативных функций выражается в:

а) умения выражать просьбу, используя вербальные и невербальные средства коммуникации;

б) ответной социальной реакции на имя;

в) умения выразить отказ или дать утвердительный ответ, ответить на приветствие, на личные вопросы и комментарии других людей;

г) формировании навыков сообщения информации и комментирования: умение дать комментарий, называть близких людей, предметы окружающей обстановки, персонажей мультфильмов и книг, умения использовать притяжательные местоимения для обозначения собственности, описывать местонахождение, свойства и качества объектов, умения давать описания прошедшим и будущим событиям;

д) формировании навыка запроса информации: умения привлечь внимание другого человека, задавать вопросы с целью получения интересующей информации.

2. Формирование социоэмоциональных навыков выражается в:

а) адекватном выражении эмоций и сообщения о своих чувствах с использованием как вербальных, так и невербальных средств коммуникации;

б) навыках социального поведения: умения проявить вежливость, поделиться чем-либо, выразить чувство привязанности, оказать помощь другим людям, утешить их, когда они расстроены и т.д.

3. Формирование диалоговых навыков:

а) вербальных: умения начать и завершить диалог стандартной фразой, разъяснить ситуацию или проявить настойчивость, повторяя сообщение, поддержать разговор;

б) невербальных: умения разговаривать, повернувшись лицом к собеседнику; соблюдать дистанцию по отношению к говорящему;

регулировать громкость голоса в зависимости от окружающей обстановки; ждать подтверждения слушающего перед тем, как продолжить сообщение.

При организации коммуникативного процесса значительную роль играет учет личностных и возрастных особенностей детей. Так, в процессе формирования коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра необходимо соблюдать ряд условий:

- учет личных интересов и потребностей ребенка;
- использование подсказок;
- подкрепление коммуникативных высказываний;
- использование повседневных, естественно возникающих ситуаций.

Проанализировав вышеизложенное, можно сделать вывод, что коммуникативные умения у детей раннего возраста – это учение общению, научение социальному взаимодействию со взрослыми и сверстниками, способность устанавливать позитивные межличностные отношения.

1.2. Характеристика детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра

Аутизм – тяжелое расстройство развития, которое проявляется в первые годы жизни ребенка и влияет на коммуникацию и отношения с другими людьми, а также на восприятие и понимание окружающего мира.

Термин «аутизм» был введен швейцарским психиатром Э. Блейлером в 1912 году. С его помощью Э. Блейлер описывал «основной симптом шизофрении, который проявляется в преобладании внутренней жизни, сопровождающийся активным уходом из внешнего мира». [7]

Этот термин получил широкое распространение благодаря описанному в 1943 г. американским психиатром Лео Каннером синдрому «раннего детского аутизма» (РДА).

Сейчас уже очевидно, что кроме классических форм аутизма Каннера

существуют «спектральные расстройства», которые имеют характеристики сходные с основным синдромом, но без полного набора всех критериев, их относят к «расстройствам аутистического спектра» (РАС).

Расстройства аутистического спектра связаны с особым системным нарушением психического развития ребенка, проявляющимся в становлении его эмоционально - волевой сферы, развитии всех видов мыслительных процессов (восприятия, памяти, формирования понятий, воображения, логики, решения задач) и личностном развитии.

Расстройства аутистического спектра, по определению, принятому в Российском обществе психиатров, представляют собой группу комплексных дезинтегративных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, коммуникации, стереотипностью поведения, приводящими к социальной дезадаптации.

В настоящее время наличие аутизма и расстройства аутистического спектра нельзя обнаружить при помощи обследования организма или внешних проявлений. Диагностировать расстройство можно только на основании истории развития ребенка, наблюдая за его поведением и проводя соответствующие скрининговые и психологические тестирования.

В Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) диагностическими критериями расстройства аутистического спектра выступают качественные нарушения в социальном взаимодействии, коммуникации и поведении.

Качественные нарушения в социальном взаимодействии, представлены, по меньшей мере, двумя из пяти нижеследующих:

- ярко выраженные проблемы при использовании различных форм невербального поведения: зрительного контакта (взгляд глаза в глаза), мимики, поз и жестов тела для регулирования социальных взаимодействий;
- неспособность развития отношений с другими людьми, с использованием взаимного обмена интересами, эмоциями или общей деятельностью;

- отсутствие социальной и эмоциональной взаимности: нарушенная реакция на эмоции других людей, отсутствие изменений поведения в соответствии с социальным контекстом, редко ищут или используют поддержку других людей для успокоения или сочувствия в периоды стресса, редко успокаивают, сочувствуют другим людям, имеющим признаки стресса или огорчения.

Качественные нарушения в коммуникации, представлены, по крайней мере, одним из следующих:

- отставание или полное отсутствие развития разговорной речи, которая не сопровождается попытками компенсировать ее отсутствие с помощью альтернативных видов коммуникации (жестов, мимики);

- при нормальном овладении речью ярко выраженные проблемы, связанные со способностью начинать или поддерживать разговор с другими людьми;

- стереотипный или повторяющийся характер использования;

- отсутствие игр, отличающихся разнообразием форм, проявлением спонтанности и участием воображения, социальной игры-имитации.

Ограниченные, повторяющиеся или стереотипные виды поведения, интересов или деятельности, представленные, по меньшей мере, одним из следующих четырех:

- постоянное предпочтение и полная поглощенность одним или несколькими стереотипными и ограниченными интересами, патологическое по интенсивности и сосредоточенности;

- неизменное следование специфическим и нефункциональным распорядку и (или) ритуалам, выполнение однообразных рутинных действий;

- стереотипные и повторяющиеся моторные движения (тряска, хлопки руками или пальцами, сложные телодвижения);

- постоянный интерес к определенным деталям или предметам: действия с частями объектов или нефункциональными элементами игрового материала.

Разнообразие всех проявлений аутизма создает определенные сложности в его классификации, в определении ведущего дефекта. В отечественной и зарубежной психиатрии описываются различные формы аутистических синдромов у детей, однако до сих пор не существует единого подхода к классификации.

Расстройство аутистического спектра - это состояние, связанное с развитием мозга, которое влияет на то, как ребенок воспринимает и общается с другими, вызывая проблемы в социальном взаимодействии и общении. Расстройство также включает в себя ограниченные и повторяющиеся модели поведения. Термин «спектр» при расстройстве аутистического спектра относится к широкому кругу симптомов и степени тяжести.

Расстройство аутистического спектра начинается в раннем детстве и в конечном итоге вызывает проблемы с функционированием в обществе — например, в социальном плане, в школе и на работе. Часто у детей проявляются симптомы аутизма в течение первого года. Небольшое число детей, по-видимому, нормально развиваются в течение первого года, а затем проходят через период регресса в возрасте от 18 до 24 месяцев, когда у них развиваются симптомы аутизма.

У некоторых детей в раннем детстве проявляются признаки расстройства аутистического спектра, такие как снижение зрительного контакта, отсутствие реакции на свое имя или безразличие к лицам, осуществляющим уход. Другие дети могут нормально развиваться в течение первых нескольких месяцев или лет жизни, но затем внезапно становятся замкнутыми или агрессивными, или теряют языковые навыки, которые они уже приобрели. Признаки обычно проявляются к 2 годам.

Каждый ребенок с расстройством аутистического спектра, вероятно, имеет уникальный паттерн поведения и уровень тяжести — от низкого функционирования до высокого функционирования.

Некоторые дети с расстройствами аутистического спектра испытывают трудности в обучении, а у некоторых наблюдаются признаки более низкого, чем обычно, интеллекта. Другие дети с этим расстройством обладают нормальным или высоким интеллектом — они быстро учатся, но испытывают трудности с общением и применением того, что они знают, в повседневной жизни и приспосабливаются к социальным ситуациям. [41]

Из-за уникального сочетания симптомов у каждого ребенка иногда бывает трудно определить степень тяжести. Обычно это зависит от уровня нарушений и того, как они влияют на способность функционировать.

Ниже приведем некоторые общие признаки, проявляющиеся у людей с расстройством аутистического спектра.

Социальная коммуникация и взаимодействие:

У ребенка или взрослого с расстройством аутистического спектра могут быть проблемы с социальным взаимодействием и навыками общения, включая любой из этих признаков:

- Не реагирует на свое имя или иногда кажется, что он вас не слышит;
- Сопротивляется объятиям и объятиям и, похоже, предпочитает играть в одиночку, уходя в свой собственный мир;
- Имеет плохой зрительный контакт и не хватает выражения лица;
- Не говорит, или имеет задержку речи, или теряет прежнюю способность произносить слова или предложения;
- Не может начать разговор или поддержать его, или начинает его только для того, чтобы делать запросы или помечать предметы;
- Говорит с ненормальным тоном или ритмом и может использовать монотонный голос или роботоподобную речь;
- Повторяет слова или фразы дословно, но не понимает, как их использовать;
- Кажется, не понимает простых вопросов или указаний;

- Не выражает эмоций или чувств и, похоже, не знает о чувствах других;
- Не указывает и не приносит объекты, вызывающие общий интерес;
- Неадекватно подходит к социальному взаимодействию, будучи пассивным, агрессивным или разрушительным;
- Испытывает трудности с распознаванием невербальных сигналов, таких как интерпретация выражений лица других людей, поз тела или тона голоса.

Модели поведения:

Ребенок с расстройством аутистического спектра может иметь ограниченные, повторяющиеся модели поведения, интересы или виды деятельности, включая любой из этих признаков:

- Выполняет повторяющиеся движения, такие как раскачивание, вращение или взмахи руками;
- Выполняет действия, которые могут нанести себе вред, такие как укусы или удары головой;
- Разрабатывает определенные процедуры или ритуалы и начинает беспокоиться при малейшем изменении;
- Имеет проблемы с координацией или имеет странные модели движений, такие как неуклюжесть или ходьба на цыпочках, а также имеет странный, скованный или преувеличенный язык тела;
- Очарован деталями объекта, такими как вращающиеся колеса игрушечной машинки, но не понимает общего назначения или функции объекта;
- Необычайно чувствителен к свету, звуку или прикосновению, но может быть безразличен к боли или температуре;
- Не участвует в подражательной или притворной игре;
- Фиксируется на объекте или деятельности с ненормальной интенсивностью или сосредоточенностью;

- Имеет особые предпочтения в еде, например, ест только несколько продуктов или отказывается от продуктов с определенной текстурой.

По мере взросления некоторые дети с расстройством аутистического спектра становятся более вовлеченными в общение с другими и проявляют меньше нарушений в поведении. Некоторые, обычно с наименее серьезными проблемами, в конечном итоге могут вести нормальную или почти нормальную жизнь. Другие, однако, продолжают испытывать трудности с языковыми или социальными навыками, а подростковый возраст может привести к ухудшению поведенческих и эмоциональных проблем. [42]

Рассмотрим подробнее расстройство, относящиеся к раннему возрасту - детский аутизм.

В 1943 году американский детский психиатр Лео Каннер ввел понятие «ранний детский аутизм», обозначая им особые состояния у детей, начинающиеся с раннего возраста ребенка, и определяемые крайней изоляцией. В клиническое описание картины болезни Лео Каннер внес: нарушение социализации; нарушение языковых и коммуникативных навыков; сопротивление переменам или стремление к однообразию, находящие свое отражение в приверженности к заведенному порядку, в ригидности поведения, моторных манеризмах, стереотипиях и других поведенческих особенностях; манифестация в первые годы жизни.

Хотя расстройство впервые описано в 1943 году, «официального диагноза» не было вплоть до 1980 года, когда аутизм выделили в самостоятельное расстройство, и было доказано отсутствие его связи с шизофренией.

Изучением характеристик детей с расстройством аутистического спектра в отечественной науке в разное время занимались специалисты в области коррекционной педагогики, медицинской и специальной психологии, детской психиатрии: В. В. Лебединский, К. С. Лебединская, О. С. Никольская, А. С. Спиваковская, В. М. Башина, В. Е. Каган и

некоторые другие.

Последние исследования коллег из США показали, что дети с РАС отличаются от нормотипично развивающихся сверстников уже в 6 месяцев. На продромальных стадиях расстройства у младенцев с РАС наблюдались незначительные нарушения внимания к лицам взрослых во время взаимодействия, включающего зрительный контакт и направленную на ребенка речь (с физическим контактом и без него), но не в контекстах, связанных с пением, знакомыми играми на упреждение или игрушками. Учитывая совпадение с результатами отслеживания визуального контакта об ограниченном внимании к лицам у младенцев, у которых позже диагностировано РАС, снижение внимания к лицам взрослых в определенных контекстах может представлять собой многообещающий поведенческий маркер РАС в младенчестве.

Стойкий дефицит социального общения является первым установленным диагностическим критерием РАС (DSM-5). Социальная коммуникация включает в себя, среди прочего, общие аффекты и эмоции, инициирование и реагирование на совместное внимание, пристальный взгляд и выражения лица, направленные на других, причем эти навыки формируются до вокального вербального поведения. Дети с РАС показали большую задержку в использовании жестов, большая часть детей раннего возраста не использовали никаких жестов и в целом использовали меньше жестов социального взаимодействия и почти не использовали жесты совместного внимания. При исследовании мелкого и грубого моторного поведения у детей с РАС были выявлены моторные задержки в выполнении стационарных задач, таких как «потянуть, чтобы сесть», и задач по манипулированию объектами, таких как хватание. В задачах зрительно-моторной интеграции, таких как достижение цели, направленной на достижение также было обнаружено, что дефицит общих двигательных навыков является самым ранним симптомом аутизма.

1.3. Особенности формирования коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра

Коммуникативные умения у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра развиваются иначе, чем у нормально развивающихся сверстников. На сегодняшний день известно, что трудности коммуникации являются ключевыми для всех детей с расстройствами аутистического спектра и являются одним из ключевых положений в составлении прогноза. Поэтому, они представляют собой одну из первостепенных целей раннего вмешательства.

Отечественные и зарубежные авторы выделяют ряд особенностей в развитии коммуникативных умений у детей раннего возраста с РАС: нарушения визуального контакта, трудности социализации и коммуникации, стереотипичность в поведении.

Лео Каннер рассматривал трудности коммуникации как основной критерий для диагностики детского аутизма. [31] При аутизме нарушаются все коммуникативные формы поведения на самых ранних этапах развития.

Основываясь на исследованиях отечественных и зарубежных авторов можно выделить следующие особенности коммуникативной деятельности у детей с расстройствами аутистического спектра в период младенчества:

- нарушение визуального контакта: ребенок не смотрит в глаза, не отслеживает действия другого человека, нарушены навыки совместного (разделенного) внимания – данный термин используется в прикладном анализе поведения и означает одновременное участие двух или более людей, которые мысленно сосредоточены на одном и том же внешнем предмете;
- недостаточная выраженность эмоциональных реакций на близких людей;
- недостаточная выраженная реакция на свет, звуки, на близких людей, отсутствие социальной улыбки на лицо матери или другого близкого человека;

- отсутствие или монотонность гуления, лепета;
- отрицательное отношение к контакту с близкими людьми или наоборот преувеличенные реакции на расставание с матерью: ребенок не просится на руки или активно сопротивляется контакту или идет на руки ко всем, иногда наоборот проявляет плач и крик на расставание с матерью;
- несформированность указательного жеста;
- отсутствие реакции на собственное имя;
- отсутствие интереса к окружающим предметам, стереотипичность в манипулятивной деятельности с игрушками;
- отсутствие реакции на речь матери или близких людей.

У детей в раннем младенчестве могут присутствовать все вышеперечисленные реакции или данные реакции могут носить эпизодический характер. Исследования наглядно демонстрируют, что у детей с РАС в ранний период развития существуют дефициты коммуникации, которая свойственна нормотипично развивающимся детям. Более точно нарушения коммуникации у детей с РАС демонстрируются к трем годам.

Наблюдения и исследования показывают, что более трети детей с РАС мутичны, либо у них не сформирована функциональная речь. Они могут осуществлять некоторые элементарные попытки для коммуникации: укладывать руки взрослого на объект, которым они хотят манипулировать. Однако, жестовая коммуникация не развивается спонтанно в качестве замены вербальных средств коммуникации.

Часть аутичных детей овладевают речью. В этом случае экспрессивная речь развивается с отклонениями от нормы и с задержкой. Отмечаются следующие особенности: наличие прямых и отсроченных эхололий; стереотипичность в речи (многократные повторения); отсутствие в речи личных местоимений; отсутствие спонтанности в речи; отсутствие диалога – фактически речь не используется в соответствии с ее функциональным назначением.

Нарушения вербальной коммуникации проявляются в виде

невозможности использовать речь для общения. Речь детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра носит некоммунитивный характер, особенно затруднено инициирование коммуникации. Многие аутичные дети затрудняются адекватно выражать просьбы, вместо этого проявляют нежелательное поведение (крики, плач, агрессия), которые чаще всего закрепляются взрослыми. Ребенок в момент активной просьбы по отношению к взрослому не может привлечь его внимание, смотреть в глаза, не подходит к взрослому. Эти особенности затрудняют процесс общения.

Отечественные исследователи придерживаются противоположного мнения. Они считают, что у ребенка с РАС восприятие речи не нарушено. Основная трудность ребенка с РАС заключается не в области понимания речи, а в сфере произвольности: произвольной организации внимания и поведения в соответствии с тем, что он слышит, произвольной организации собственной речевой реакции.

По мнению большинства исследователей, отмечаются нарушения голоса, которые проявляются в виде специфических интонаций, шепотной речи. Они испытывают недостаток в понимании правил социального поведения, что вызывает проблемы при организации пространства коммуникативного процесса.

Нельзя не отметить наличия эхололий в речи детей с РАС. Эхололия - это явление, при котором дети повторяют или повторяют высказывания других людей. Это происходит у некоторых типично развивающихся детей, у лиц с различными расстройствами, такими как специфические нарушения речи, умственная отсталость и т.д. Однако эхололия, пожалуй, наиболее известна тем, что встречается у людей с расстройством аутистического спектра.

В своей работе, документирующей феномен аутизма, Лео Каннер отметил, что некоторые дети с аутизмом повторяют предыдущее высказывание своего собеседника дословно. С 1943 года многие авторы задокументировали эхололию в речи заметного процента детей с РАС: до

75% вербальных детей с РАС и 100% детей с РАС в возрасте 37-54 месяцев. Обычно считается, что общие более низкие способности к восприятию языка у детей с РАС играют определенную роль в эхолалии; дети с РАС производят меньше эхолалический язык по мере развития языковых навыков. Традиционно эхолалия рассматривалась как бессмысленная, некоммуникабельная и самостимулирующая, хотя эхо-сигналы могут использоваться в качестве ресурса в разговоре для достижения конкретных целей, таких как подтверждение предыдущего высказывания, поворот разговора, обозначение объектов или обращение с просьбой.

Таким образом, исследователи отмечают при расстройствах аутистического спектра специфические особенности коммуникативной деятельности, связанной с когнитивными, эмоциональными и социальными нарушениями у детей раннего возраста и проявляющиеся в отсутствии мотивации, разделенного внимания, трудностях использования вербальных и невербальных средств коммуникации. Отмечено неумение адекватно выражать просьбы, инициировать общение, используя различные средства коммуникации, трудности в понимании речи, недостаток ответной реакции и обратной связи, неспособность к диалогу.

1.4. Принципы составления индивидуальной программы ранней помощи как средство психолого-педагогической абилитации

Теперь рассмотрим индивидуальную программу ранней помощи, которая является основным инструментом раннего вмешательства в условиях Службы ранней помощи.

Индивидуальная программа ранней помощи (ИПРП) – это главный документ службы ранней помощи - программа, составленная с учетом оценки функционирования ребенка в совокупности влияния факторов окружающей среды, включая взаимодействие и отношения с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье, содержащий

цели раннего вмешательства, естественные жизненные ситуации, в которую включены объем, сроки, порядок и содержание услуг, предоставляемых конкретному ребенку и семье по программе ранней помощи. [30]

При том, что ЕЖС ребенка понимаются как жизненные ситуации дома, вне дома и в обществе, характерные для нормотипично растущих сверстников. А функционирование ребенка (функционирование ребенка, нуждающегося в ранней помощи): положительные проявления активности и участия ребенка в естественных жизненных ситуациях.

Особо значимо то, что ИПРП это комплекс образовательных, терапевтических и медицинских услуг для семей с детьми раннего возраста, имеющих отставание в развитии или нарушения в развитии. Современные программы рассматривают развитие личности ребёнка раннего возраста в системе отношений с ухаживающими за ним взрослыми. Немало важным остается и онтогенез развития ребенка раннего возраста. В нашей работе мы будем опираться на данные онтогенетических таблиц, которые разделены на домены и составлены с учетом МКФ (Международная классификация функционирования). Онтогенез развития речи детей до 3-х лет представлен в Приложении №1.

ИПРП содержит цели ранней помощи, которые нужно достигнуть за период реализации программы и которые достигаются путем оказания тех или иных услуг ранней помощи.

Поэтому первой важной задачей при составлении ИПРП является правильный выбор направлений вмешательства и формулировка целей вмешательства. Этому будет способствовать тщательное проведение оценочных процедур и понимание основных механизмов постановки целей вмешательства.

При постановке целей программы ранней помощи следует учитывать, что:

Во-первых, цели индивидуальной программы ранней помощи обязательно должны соответствовать общим целям ранней помощи, которые

определяются как:

- улучшение функционирования ребенка в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС);
- повышения качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье;
- повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка;
- включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи.

То есть индивидуальная программа ранней помощи внутри себя должна содержать такие цели, которые будут соответствовать общим целям ранней помощи и способствовать их достижению. Например, цель индивидуальной программы ранней помощи может выглядеть как: «Миша будет просить указательным жестом любимую еду или игрушки, когда мама будет держать их в руке на близком расстоянии, в ситуациях еды, игры, прогулки, каждый раз, когда их захочет в течение недели». Мы видим, что это индивидуальная цель для конкретного ребенка и семьи, но она:

- помогает улучшить функционирование ребенка (Миша научится использовать указательный жест для просьбы);
- учтены ЕЖС (еда, прогулка, игра);
- возрастают компетенции родителей, мама будет учиться, как использовать мотивационные вещи, чтобы Миша использовал жест для просьбы, следовательно, мама научится избегать сложностей в ситуациях просьбы и тем самым улучшится взаимодействие ребенка и мамы;
- кроме того, цель предполагает, что, овладев указательным жестом, Миша сможет использовать его также в играх со сверстниками.

Обращаясь к традиционному способу постановки целей (в рамках дефектологического подхода) мы увидим такую цель: «Саша будет отличать двух животных на двух разных картинках и сопоставлять их с двумя

игрушками». Эта цель не отвечает на вопрос, как развитие навыка различения и сопоставления улучшит функционирование ребенка, в каких конкретно жизненных ситуациях этот навык ребенок сможет применить. Из этой цели вообще не следует повышение компетенции родителей и возможности включить ребенка в среду сверстников. Значит, указанные цели не могут быть включены в ИПРП, так как не соответствуют общим целям ранней помощи.

Во-вторых, цели ИПРП, должны соответствовать критериям функциональности, а именно они должны быть:

1. Конкретными.

Например, Ирина встанет у опоры, или Коля будет кушать самостоятельно вилкой, или Юля сможет сделать выбор из двух предметов. Это те действия, которые мы точно сможем увидеть и зафиксировать. В отличие от: у Насти улучшится звукопроизношение, или Макар станет более социализирован. В этих примерах, которые мы привели выше совершенно не ясно, что конкретно по окончании программы вмешательства мы хотим увидеть, чтобы сделать вывод об эффективности и достигнутом результате.

2. Значимыми (нужными) для ребенка и семьи.

То есть, если в данный момент семья испытывает трудности в том, чтобы научить ребенка пользоваться горшком мы должны включить в программу цели, улучшающие рутину «туалет» (например, Миша будет подходить к горшку; Миша будет понимать и выполнять инструкцию мамы «садись на горшок»; Миша будет показывать жест «хочу в туалет», когда он захочет это сделать и т.д.), а не ставить в приоритет развитие других областей, которые не помогут улучшить жизнь ребенка и семьи в этой жизненной ситуации (например, Миша будет складывать пирамидку; Миша будет понимать предлоги в, на, под и т.д.).

3. Достижимыми.

Например, ребенок 3 лет использует для коммуникации взгляд и редкие вокализации, не соединяя их между собой. Цель, которая будет

сформулирована для этого ребенка как: «Юлианна умеет составлять фразу и говорить полными словами» – будет недостижимой и нереалистичной, хотя и соответствует возрасту ребенка. В этой ситуации достижимая цель будет: «Юлианна научится координировать взгляд и вокализацию каждый раз, когда обращается к взрослому». Таким образом, сформулирована цель, которая учитывает уровень развития ребенка и соответствует этапу развития коммуникации, поскольку координация взгляда и вокализации является следующим онтогенетическим шагом после разрозненного использования двух модальностей.

4. Измеримыми.

Таким примером может быть, когда ребенок демонстрирует умение в течение нескольких дней, или двух встреч подряд, с разными взрослыми, в 2 из 2 игр и т.д.

5. Ограниченными по времени – ИПРП не может быть бесконечной, иначе это сказывается на качестве оказываемых услуг и приводит к непониманию родителями и зачастую и специалистами своих целей и задач работы. ИПРП составляется не более, чем на 6 месяцев.

Важно отталкиваться от того, что уже умеет ребенок, помнить о дальних целях, но планировать первые ближайшие шаги.

Мы будем планируем деятельность для достижения целей на индивидуальных обучающих сессиях с семьей, а также поможем семье планировать эту деятельность дома, которая тоже будет способствовать достижению цели.

Обязательно необходимо выбрать услуги ранней помощи, которые будут соответствовать целям вмешательства. Будем указывать специалистов, которые будут принимать участие в реабилитационных мероприятиях в рамках ИПРП.

ИПРП обязательно содержит в себе перечень услуг ранней помощи. Услуги ранней помощи это комплекс профессиональных действий, по оказанию ранней помощи детям целевой группы и их семьям в целях

содействия их физическому и психическому развитию, вовлеченности в естественные жизненные ситуации, формированию 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 повышению компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц.

Перечень услуг ранней помощи в рамках ИПРП:

- содействие развитию функционирования ребенка и семьи в естественных жизненных ситуациях;
- содействие развитию общения и речи ребенка;
- содействие развитию мобильности ребенка;
- содействие развитию у ребенка самообслуживания и бытовых навыков;
- содействие развитию познавательной активности ребенка;
- психологическое консультирование;
- поддержка социализации ребенка;
- проведение промежуточной оценки реализации индивидуальной программы ранней помощи;
- проведение итоговой оценки реализации индивидуальной программы ранней помощи.

Третья составляющая программы заключается в определении формы оказания услуг ранней помощи. ИПРП в обязательном порядке содержит указание форм, в которых предполагается предоставление услуг. Услуги ранней помощи могут предоставляться в следующих формах:

- домашнее визитирование;
- в Службе ранней помощи;
- в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей с привлечением организации;
- в организации здравоохранения, например, больницы или хосписе, в

ситуациях продолжительного стационарного лечения;

- в очной или дистанционной формах (дистанционная форма может быть использована в труднодоступных районах посредством телефонной связи или через интернет);

- индивидуально (при консультировании родителей в процессе оказания услуг: «содействие развитию функционирования ребенка и семьи в естественных жизненных ситуациях», «Содействие развитию общения и речи ребенка», «Содействие развитию мобильности ребенка», «Содействие развитию у ребенка самообслуживания и бытовых навыков», «Содействие развитию познавательной активности ребенка», «Психологическое консультирование», «Пролонгированное консультирование без составления индивидуальной программы ранней помощи», «Краткосрочное предоставление услуг ранней помощи без составления индивидуальной программы ранней помощи», «Консультирование родителей в период адаптации ребенка в образовательной организации»). Индивидуальная форма работы всегда предполагает, что услуга оказывается, как ребенку, так и его родителям одновременно и неразрывно друг от друга. Не допускается раздельное нахождение детей и оказание им услуг в отсутствии родителей.

- с семьей (при организации и поддержке совместной активности ребенка с родителями и семьей в процессе оказания услуг: «содействие развитию функционирования ребенка и семьи в естественных жизненных ситуациях», «Содействие развитию общения и речи ребенка», «Содействие развитию мобильности ребенка», «Содействие развитию у ребенка самообслуживания и бытовых навыков», «Содействие развитию познавательной активности ребенка», «Психологическое консультирование», «Пролонгированное консультирование без составления индивидуальной программы ранней помощи»);

- в группе (при оказании услуг «Содействие развитию общения и речи ребенка» и «Поддержка социализации ребенка» в детско-родительских группах). Групповая форма работы предполагает организацию совместной

активности детей и их родителей.

Алгоритм оказания услуг ранней помощи должен соблюдаться при всех формах предоставления услуг ранней помощи, и включает следующие этапы:

1. обработка первичного обращения родителей (законных представителей) в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи;

2. прием документов и заключение договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи;

3. определение нуждаемости ребенка в ранней помощи (первичный прием, междисциплинарный консилиум);

4. в случае не выявления нуждаемости в получении услуг ранней помощи – предоставление разовой консультации по развитию ребенка;

5. в случае выявления нуждаемости в получении услуг ранней помощи вне ИПРП – оказание этих услуг;

6. в случае выявления нуждаемости в получении услуг ранней помощи в рамках ИПРП:

- проведение оценочных процедур для составления ИПРП;

- разработка ИПРП;

- реализация ИПРП;

- промежуточная и/или итоговая оценка результативности реализации ИПРП;

- пролонгация или завершение реализации ИПРП;

- содействие переходу ребенка в образовательную организацию.

Работа Службы ранней помощи начинается с обращения родителей в службу. Первичное обращение может начинаться со звонка или очного обращения. Родителей записывают на первичный прием в определенный день, отведенный для этого.

До первичного приема родители должны заполнить высланные или выданные им скрининговые опросники.

Далее семья с ребенком приходит на первичный прием, где происходит

прием документов и заключение договора с родителями ребенка об оказании услуг ранней помощи. Первичный прием нацелен на то, чтобы определить имеются ли у ребенка ограничения жизнедеятельности и принять решение, нуждается ли ребёнок и его семья в индивидуальной программе ранней помощи. Определение нуждаемости ребенка и семьи в услугах ранней помощи всегда осуществляется на основе заключения междисциплинарного консилиума, составленного по результатам первичного приема. Первичный прием проводят два специалиста разной профессиональной принадлежности.

Первичный прием включает в себя проведение следующих оценочных процедур:

- оценку функционирования и выявление ограничений жизнедеятельности ребенка по ключевым категориям раздела «активность и участие» МКФ, определение взаимодействия и отношений ребенка с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в контексте влияния факторов окружающей среды;

- сбор и изучение медицинского анамнеза (кратко);

- сбор и анализ информации об условиях жизни и семье ребенка, о получаемых ребенком и семьей психологических, педагогических и социальных услугах (кратко);

- анализ медицинской документации (при наличии);

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

Все оценочные процедуры на первичном приеме обязательно проводятся в ситуациях, максимально приближенных к естественным, с участием родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц. Информация, полученная на первичном приеме, должна быть оформлена протоколом на бланке первичного приема.

Проведя первичный прием, наблюдая за поведением ребенка, проведя беседу с родителями, реальные пробы, изучив предоставленную документацию мы делаем вывод о наличии у ребенка ограничений

жизнедеятельности, обязательно обсуждая ход своих рассуждений с родителями и согласовывая с ними свою позицию. К критериям наличия у ребенка ограничения жизнедеятельности относятся умеренные, тяжелые или полные ограничения/задержка развития в следующих доменах раздела «Активность и участия» МКФ: обучение и применение знаний, общие задачи и требования, общение, мобильность, самообслуживание, взаимодействие и отношения; а также по категориям функции ориентированности в разделе «Умственные функции» МКФ.

Если мы приходим к выводу, что у ребенка имеется ограничение жизнедеятельности хотя бы в одной области из шести, ребенку и семье предлагается участие в ИПРП. Семья информируется о содержании и порядке предоставления услуг ранней помощи. При получении согласия родителей происходит включение (зачисление) ребёнка и семьи в число потребителей услуг ранней помощи.

Далее на междисциплинарном консилиуме происходит оценка полученных результатов, состоящем из специалистов разного профиля, на котором утверждается решение о предоставлении ребенку и семье услуг РП. Для семьи выбирается ведущий специалист.

В случае, если у ребенка нет ограничений жизнедеятельности, но ребенок относится к группе риска, то родителям (законным представителям) и семье должно быть предложено пролонгированное консультирование, в том числе по вопросам взаимодействия в паре «родитель-ребенок», без составления ИПРП, с согласованной частотой не более года в пределах 10 консультаций с мониторингом функционирования ребенка. Например, недоношенный ребенок, у которого в данный момент нет ограничений жизнедеятельности, но есть биологический риск развития таких нарушений.

Цели междисциплинарной оценки достигаются через выполнение следующих задач:

- изучение того, как функционирует ребенок в повседневных ситуациях;

- изучение трудностей ребенка и семьи в повседневной жизни и их причин;

- изучение уже имеющихся навыков ребенка;

- изучение мотивационных факторов (того, что интересно ребенку, что он любит, что может побудить его к деятельности).

Оценочные процедуры для разработки ИПРП проводятся ведущим специалистом или командой специалистов, исходя из потребностей ребенка и семьи с учетом выявленных ограничений жизнедеятельности на первичном приеме. Если у ребенка имеется нарушение движений и речи, оценку будут проводить физический терапевт и специалист по коммуникации. Если трудности с познанием и общением, - специальный педагог и специалист по коммуникации. Семья обязательно участвует в процессе выполнения оценки и будет знакома с итоговым отчетом.

Ведущий специалист обсудит с родителями и другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами результаты оценки и определит, совместно с ними, цели ИПРП и те ЕЖС, в которых планируется реализация ИПРП.

Обсуждение результатов оценки разными специалистами позволяет взглянуть на ситуацию ребенка с разных сторон, что делает представление о ребенке более целостным. Мы также обсуждаем с родителями полученные результаты. Разработка ИПРП осуществляется ведущим специалистом совместно с родителями, с учетом мнения специалистов, привлекаемых к проведению оценочных процедур и реализации ИПРП. Программа должна быть разработана в течение 30 рабочих дней от даты заключения договора с родителями (законными представителями) об оказании услуг ранней помощи.

ИПРП составляется на срок не менее 6 месяцев и не более 12 месяцев.

Предоставление комплексных услуг по раннему вмешательству и поддержке детей с РАС по-прежнему является первоочередной задачей во многих странах. Более того, несмотря на проблемы, с которыми

сталкиваются страны, потенциальный вклад раннего вмешательства в развитие детей и семейное благополучие уязвимых детей в целом признаны международным сообществом (ВОЗ и ЮНИСЕФ). Несмотря на различия, связанные с этническим меньшинством и социально-экономическим статусом, доходом родителей, продолжительностью участия в раннем вмешательстве, особенностями развития детей и другими факторами, предполагаемые преимущества участия родителей в раннем вмешательстве значительные, включая помощь в развитии их ребенка, работу с профессионалами и защищают своего ребенка. В последних исследованиях также отмечалось, что, по-видимому, наблюдается больший оптимизм в отношении будущего, а также возросшая уверенность родителей в своей способности выполнять свои роли и обязанности по отношению к своему ребенку с РАС.

Раннее вмешательство означает выявление и оказание эффективной поддержки на раннем этапе детям с РАС и их родителям, которые подвержены риску плохих результатов. Эффективное раннее вмешательство помогает предотвратить возникновение проблем или решить их сразу, когда они возникают, до того, как проблемы усугубятся. Это также помогает развить целый набор личных сильных сторон и умений, которые готовят ребенка к взрослой жизни. Раннее вмешательство может принимать различные формы, от программ посещения на дому для поддержки родителей до дошкольных программ по улучшению социальных и эмоциональных умений детей, до программ наставничества для молодых родителей. Хотя некоторые утверждают, что раннее вмешательство может оказать самое сильное воздействие, если оно проводится в течение первых нескольких лет жизни, наилучшие доказательства показывают, что эффективные вмешательства могут улучшить жизненные шансы детей на любом этапе детства и дошкольного возраста.

Раннее вмешательство направлено на снижение факторов риска и усиление защитных факторов в жизни ребенка. Мы хорошо понимаем

факторы риска, которые могут угрожать развитию детей с РАС, ограничивать будущие социальные возможности и повышать вероятность проблем с психическим и физическим здоровьем. Эти факторы существуют на разных уровнях в окружении ребенка – на индивидуальном или семейном, и взаимодействуют сложным образом.

Защитные факторы - это характеристики или условия отдельных лиц, семей, сообществ и общества в целом, которые могут снизить эти риски и улучшить здоровье и благополучие детей и семей. Эти факторы риска не являются детерминированными или прогностическими на индивидуальном уровне: они не могут точно сказать нам, какому ребенку потребуется помощь. Но они могут помочь нам выявить уязвимых детей, которые могут нуждаться в дополнительной поддержке. Исследования показывают, что раннее вмешательство работает лучше всего, когда оно доступно детям на основе заранее выявленных рисков.

Подходы к раннему вмешательству часто фокусируются на поддержке четырех ключевых аспектов развития ребенка – его физического, когнитивного, поведенческого, а также социального и эмоционального развития, – где это может иметь наибольшее значение и приносить пользу на протяжении всей жизни человека. Физическое развитие включает в себя физическое здоровье детей, их взросление и наличие или отсутствие физических недостатков, и это обеспечивает основу для позитивного развития во всех других областях. Физические результаты, на которые нацелены мероприятия по раннему вмешательству, включают улучшение исходов родов, снижение заболеваемости инфекционными заболеваниями и уменьшение детского ожирения. Когнитивное развитие включает в себя приобретение детьми речевых и языковых навыков, их способность читать и писать, их способности к счету и их понимание логического решения проблем. Позитивное когнитивное развитие тесно связано с успехами ребенка в школе и поступлением на работу. Когнитивные результаты, на которые обычно нацелено раннее вмешательство, включают результаты

стандартизированных тестов, школьную успеваемость, а также возможности получения высшего образования и трудоустройства после окончания школы. Поведенческое развитие включает в себя способность детей контролировать и регулировать свое собственное поведение, внимание и импульсы. Навыки саморегуляции у детей тесно связаны с их способностью формировать позитивные отношения с другими людьми, а также с их успехами в школе. Поведенческие результаты, на которые часто нацелено раннее вмешательство, включают снижение антисоциального поведения и агрессии в ДООУ или в школе, а также принадлежность к антисоциальным сверстникам. Социальное и эмоциональное развитие включает в себя осознание детьми своих собственных эмоциональных потребностей и эмоциональных потребностей других людей. Социальное и эмоциональное развитие также включает в себя развитие самооценки детей и их способности справляться с негативными чувствами. Социальное и эмоциональное развитие тесно связано со способностью ребенка формировать позитивные отношения с другими людьми и снижением риска депрессии и других последствий для психического здоровья. Результаты раннего вмешательства, связанные с социальным и эмоциональным развитием детей, включают усиление просоциального поведения, повышение самооценки и снижение частоты клинически диагностированных проблем с психическим здоровьем. Раннее вмешательство также нацелено на три ключевые дополнительные «угрозы» развитию ребенка, которые тесно связаны с неблагоприятными исходами в подростковом и взрослом возрасте.

Программы вмешательства направлены на установление нормальных моделей взаимодействия, которые способствуют развитию речи у младенцев и детей с РАС. Родители рассматриваются как партнеры. Профессионалы работают с родителями, чтобы разработать их коммуникативные стратегии с маленьким ребенком в их повседневной жизни. Ожидается, что специалисты, работающие в этой области, будут предоставлять информацию, которая является своевременной, точной и на соответствующем уровне отдельного

родителя. Они должны обладать навыками активного слушания, чтобы определять и решать выявленные проблемы или потребности. Они должны способствовать укреплению доверия, компетентность и независимость у родителей. Они должны обладать силой в предоставлении стратегического руководства родителям, взяв на себя роль наставника или коуча.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

В данной главе были рассмотрены коммуникативные умения, дано понятие и их развитие в онтогенезе.

Так же мы познакомились с характеристикой детей раннего возраста с РАС и определили их особенности формирования коммуникативных умений.

Рассмотрели теоретические основы необходимости разработки ИПРП для детей раннего возраста. Раскрыты такие вопросы: основные линии развития детей раннего возраста, психолого-педагогическая абилитация детей данной группы, ИПРП, ЕЖС.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ КОНСТАТИРУЮЩЕГО ЭКСПЕРЕМЕНТА

2.1. Методы диагностики коммуникативных умений

В настоящее время в отечественной психологии и педагогике нет единой системы диагностики и оценки, а также технологий развития коммуникативных умений у детей раннего возраста с РАС. Имеющиеся методики оценивают одну определенную область развития ребенка или небольшую часть умений. Отсутствие единой комплексной системы оценки затрудняет разработку индивидуальной программы ранней помощи (ИПП), позволяющих выявить специфические особенности коммуникативного и социального поведения, оценить уровень развития коммуникативных и социальных умений детей раннего возраста с РАС. Качественный анализ данной группы методик позволяет разделить их условно на несколько подгрупп:

Диагностические шкалы, позволяющие выявить у ребенка аутистические нарушения, социальные, коммуникативные и поведенческие недостатки – Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI- R); Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS); Childhood Autism Rating Scale (CARS). К данной группе методик можно отнести Диагностическую карту, разработанную К. С. Лебединской, О. С. Никольской, которая позволяет провести детальное обследование ребенка двух лет жизни при предположении у него РАС. [26]

Данными методиками пользуются врачи-психиатры и врачи-неврологи. Диагностические шкалы чаще всего предназначены для постановки самого диагноза РАС, поэтому мы не будем использовать их в нашем исследовании.

Опросник CHAT, M-CHAT, M-CHAT-R, который позволяет определить риск аутизма у ребенка в возрасте 16-30 месяцев. Он состоит из 20 вопросов для родителей. Обычно ответы на вопросы занимают несколько минут.

Русскоязычный перевод М-СНАТ-R (Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей, пересмотренный) был одобрен авторами оригинального опросника. Дополнительные установленные ранние поведенческие симптомы РАС, такие как дефицит мелкого и грубого моторного контроля, совместного внимания, частоты лепета и разнообразия вокализаций, моторной и вокальной имитации, ориентации на имя и снижение позитивного влияния, социальной улыбки, изучения объектов и использования жестов, следует понимать, как представляющие совокупный риск, т.е. чем больше симптомов, тем выше риск. Совокупные пороговые значения риска были установлены и протестированы с помощью нескольких инструментов раннего выявления. Поэтому крайне важно, чтобы заинтересованные стороны в раннем возрасте ребенка (логопеды, дефектологи, психологи и т.д.) полагались на использование установленных инструментов раннего скрининга, таких как М-СНАТ. Исследования, проведенные в различных странах мира, показали высокую надежность этого инструмента для определения риска расстройств аутистического спектра. Он включает следующие разделы: социальные интересы, разделенное внимание, жестовая коммуникация и игра.

В нашей работе мы всегда используем данный опросник. Он доступен всем родителям и специалистам.

Диагностическая методика «Развитие детей в возрасте младше 3,5 лет» является адаптированным вариантом двух диагностических шкал:

– Шкала KID – Кентская шкала оценки развития младенцев (Kent Infant Development Scale; KID Scale), разработанная группой сотрудников Кентского университета (США) под руководством профессора Жанет Рейтер

– Шкала RCDI – шкала оценки развития ребенка (Child Development Inventory; CDI), разработанной доктором Гарольдом Айртоном (Миннеаполис, США).

Обе шкалы обладают достаточной надежностью и точностью результатов, информация об этом представлена в научных статьях. Авторы

обеих шкал передали директору Института раннего вмешательства права на перевод, адаптацию, стандартизацию и распространение шкал. Сотрудники Института раннего вмешательства в течение 6 лет (1994-2000) осуществляли работу по адаптации шкал для русскоязычных специалистов и созданию на их основе компьютерной диагностической методики «Развитие детей в возрасте младше 3,5 лет».

В настоящий момент АНО ДПО «Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства» обладает исключительными правами на данную методику.

Основные цели использования данной диагностики:

1. скрининговая оценка развития ребенка в возрасте от 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев для определения нуждаемости ребенка в услугах ранней помощи;

2. углубленная оценка уровня развития детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по основным сферам: познание, общение и речь, крупная и мелкая моторика, самообслуживание, социальное взаимодействие;

3. построение профиля развития ребенка;

4. оценка функционирования ребенка в ежедневных жизненных ситуациях;

5. определение зоны ближайшего развития ребенка для построения Индивидуальной программы ранней помощи;

6. отслеживание динамики развития ребенка и эффективности Индивидуальной программы ранней помощи.

Диагностическая методика «Комплексная оценка развития детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев» содержит два вопросника:

– для детей в возрасте от 2 до 16 месяцев

– для детей в возрасте от 16 месяцев до 3 лет 6 месяцев.

Выбор вопросника для первичной оценки развития ребенка обуславливается его возрастом. Информацию, необходимую для определения уровня развития ребенка, предоставляют родители, наблюдая за поведением

ребенка в естественной жизненной ситуации, отвечая на утверждения вопросника, и заносая ответы в ответный лист.

Для обработки полученной информации используется компьютерная программа, которая содержит стандартизированные нормативы развития детей. Программа автоматически, когда обработает полученную информацию, позволяет получить данные о развитии ребенка.

Можно сказать, что главным для составления программы для ребенка с РАС, является полное обследование всех функциональных навыков. На этапе констатирующего эксперимента мы будем применять две методики: М-СНАТ R и диагностическую методику «Развитие детей в возрасте младше 3,5 лет». В процессе углубленной оценки была адаптирована диагностика нервно-психического развития детей 1-го года жизни под редакцией Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт. [36]

Для обучающего эксперимента мы выбрали некоторые методики из программы «Денверская модель раннего вмешательства». Денверская модель раннего начала (ESDM) - это модель вмешательства для маленьких детей с аутизмом. Это новаторское вмешательство по целому ряду причин.

ESDM основан на научных данных о том, как маленькие дети развиваются и учатся. Это помогает уменьшить влияние аутизма на раннее развитие и обучение. Важно отметить, что ESDM использует самые проверенные способы обучения маленьких детей с аутизмом. ESDM - это игровой подход, сочетающий в себе лучшее из всех научно обоснованных программ для маленьких детей с аутизмом. ESDM легко внедрить в каждое игровое мероприятие и семейную рутину на протяжении всего дня. Когда родители делают это, дети учатся в своей повседневной деятельности. Это вмешательство, которое использует игру для развития навыков во всех областях развития:

- восприимчивое общение;
- выразительное общение;
- имитация;

- совместное внимание;
- социальные навыки;
- познание;
- мелкая моторика;
- крупные двигательные навыки;
- личная независимость;
- поведение.

Модель раннего старта в Денвере - это: натуралистичные действия и подкрепления, которые мы используем в ESDM, основаны на обычной игре и веселых занятиях. Это отражает обычную модель развития детей, но больше внимания уделяется областям, которые дети с аутизмом считают более сложными. Принципы обучения, основанные на фактических данных ESDM использует принципы обучения АВА, потому что исследования показывают, что эти принципы являются лучшим способом обучения детей с аутизмом. Ребенку дается инструкция, если мы не получаем желаемого ответа, тогда мы осторожно подсказываем ему освоить навык, затем мы постепенно уменьшаем подсказку, чтобы ребенок стал независимым в навыке. В результате дети быстрее учатся и сохраняют свои навыки. Всесторонний подход ESDM сочетает в себе многие цели развития коммуникативных умений и самообслуживания. Программа предполагает полный список целей и этапов обучения. ESDM тщательно подбирает игровые действия и материалы, а затем организует комнату таким образом, чтобы она привлекала внимание ребенка и облегчала переход от одного вида деятельности к следующему. Это также означает, что она способна ставить цели перед каждой игрушкой или занятием, которые выбирает ребенок. Все сеансы ESDM чередуются между социальными мероприятиями на полу и настольными игрушками. Это позволяет специалисту регулировать бдительность ребенка и его способность к обучению. Родители активно участвуют в выборе целей для своего ребенка. [42]

2.2. Психолого-педагогическая характеристика экспериментальной группы

В нашем эксперименте участвовали 2 ребенка с РАС. Миша А. в возрасте 2 года 3 месяца и Юлианна С. – 3 года 2 месяца.

Характеристика Миши А.

Миша родился 21.06.2019 года на 41 неделе беременности мамы, роды не отягощенные, самопроизвольные, по Апгар 7/8, был выписан из родильного дома на третьи сутки без патологий. Со слов мамы ребенок развивался нормально, вовремя перевернулся, сел, ползал, пошел. К году маму начало беспокоить речевое развитие ребенка. Поздно появилось гуление, не говорил первые слоги.

Из наблюдений специалиста.

Область общения и речи характеризовалась следующим:

Миша не использовал слов, однако периодически спонтанно вокализировал, используя различные сочетания слогов, а также интонирование. Эти вокализации Миша мог изредка адресовать взрослому, в основном это случалось в ситуации недовольства. Необычных интонаций, эхоталии (многократного повторения слов за другим человеком) и стереотипного использования слов не наблюдалось, хотя уровень речевых навыков Миши пока не позволяет делать однозначных выводов на этот счет.

На встрече Миша один раз использовал указание всей рукой (без явного указательного жеста пальцем), обращаясь к маме с просьбой об угощении. В течении встречи Миша иногда использовал тело другого человека в качестве инструмента: помещал руку мамы на предмет или наоборот, отталкивал руку специалиста, не сопровождая это взглядом в лицо.

Социальное взаимодействие:

Миша использовал редкий и краткосрочный зрительный контакт для регуляции взаимодействия с мамой или специалистом, при этом взгляд был немного в протрации, иногда сопровождался мимикой (улыбкой). При

сильных эмоциях Миша использовал выразительную мимику (морщился, хмурился, улыбался), которую время от времени адресовал маме.

Миша не продемонстрировал реакции на оклик по имени, однако обернулся, когда слышал звук знакомой игрушки, которую родители принесли с собой из дома. При попытке привлечь внимание Миши к удаленному предмету он смотрел только на игрушку, на которую взрослые указывали пальцем.

Игра:

На встрече Миша в основном интересовался игрушками-конструкторами и геометрическими формами. Не вовлекся в игру понарошку, не проявил особого интереса к фигурам животных.

Необычные сенсорные интересы и повторяющиеся действия:

Необычный сенсорный интерес Миша проявлял в исследовании почти всех игрушек ртом. Он пытался их сосать и грызть. Когда собрал весь сортер с геометрическими игрушками он начал снимать фигурки и исследовать их ртом.

При обращении в Службу ранней помощи ребенок находился на грудном вскармливании, имелись проблемы со сном и туалетом. После первичного приема мама с рекомендациями специалистов отказалась от грудного вскармливания и решила проблемы со сном ребенка.

У Миши предметная и игровая деятельность не сформирована в нужном объеме. Снижен познавательный интерес к окружающему миру. Навыки самообслуживания не сформированы, требуется постоянная помощь взрослого. Мама полностью согласна с решениями специалистов о линиях развития ребенка. Было рекомендовано составление ИПРП и книга для родителей С. Роджерс и др. «Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом».

Характеристика Юлианны С.

Девочка была зачата путем экстракорпорального оплодотворения. Беременность многоплодная, у Юлианны есть брат, двойня. Дети рождены

08.01.2018 путем кесарева сечения, Юлианна родилась позже брата на несколько минут и имела меньший вес. Со слов мамы до 1,5 лет не прослеживалось отставание в развитии.

Из наблюдений специалиста.

Область общения и речи характеризовалась следующим:

Юлианна не использовала слов, однако периодически спонтанно вокализировала, используя различные сочетания слогов, а также интонирование. Эти вокализации Юлианна могла изредка адресовать взрослому, в основном это случалось в ситуации недовольства. Необычных интонаций, эхоталии (многократного повторения слов за другим человеком) и стереотипного использования слов не наблюдалось, хотя уровень речевых навыков Юлианны пока не позволяет делать однозначных выводов на этот счет.

На встрече Юлианна несколько раз использовал указание всей рукой (без явного указательного жеста пальцем), обращаясь к маме с просьбой. В течении встречи Юлианна иногда использовал тело другого человека в качестве инструмента: помещала руку мамы на предмет или наоборот, отталкивала руку специалиста, не сопровождая это взглядом в лицо.

Социальное взаимодействие:

Юлианна использовал редкий и краткосрочный зрительный контакт для регуляции взаимодействия с мамой или специалистом, при этом взгляд был достаточно ясным, иногда сопровождался мимикой (улыбкой). Ответной социальной улыбки не наблюдалось. Ребенок выражал явное удовольствие от некоторых взаимодействий с мамой в различных видах активностей.

Юлианна не продемонстрировала реакции на оклик по имени. На музыкальные игрушки тоже не реагировала. Могла изредка только обратить внимание на мамину речь. При попытке привлечь внимание Юлианны к удаленному предмету она смотрела только на игрушку, на которую взрослые указывали пальцем.

Игра:

На встрече Юлианна в основном интересовался игрушками-конструкторами из дерева, пирамидками и геометрическими формами. Не вовлеклась в игру понарошку, не проявила особого интереса к фигурам животных. Игрушками и предметами интересуется очень избирательно, иногда может проявить интерес к деревянным игрушкам, но больше привязана к двум желтым деревянным шарикам, с которыми все время стереотипно играет.

Необычные сенсорные интересы и повторяющиеся действия:

Стереотипная игра с двумя деревянными желтыми шариками, которые мама с папой принесли из дома. Когда их забираешь, то Юлианна проявляет недовольство. Заинтересовать можно было только такими же деревянными игрушками.

На данный момент у девочки явное отставание по всем линиям развития. Контакт со взрослыми и сверстниками ограничен. Людями особо не интересуется, выделяет только маму. Навыки самообслуживания не сформированы, требуется постоянная организующая помощь взрослого. Мама очень обеспокоена развитием ребенка, готова к совместной работе со специалистами. Было рекомендовано составление ИПРП и книга для родителей С. Роджерс и др. «Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом».

2.3. Организация исследования

Исследование проводилось на базе Филиала МАОУ СОШ № 13 ЦППМиСП «Развитие» в Службе ранней помощи. В период с сентября 2021 года по июнь 2022 года. В нашем эксперименте принимали участие двое детей с диагнозом расстройство аутистического спектра. Возраст детей Миша А. 2 года 3 месяца и Юлианна С. 3 года 2 месяца.

В ходе обследования были изучены анамнестические данные каждого ребёнка экспериментальной группы:

- ознакомление с медицинской документацией;
- беседы с родителями;
- структурированное наблюдение;
- анализ видеозаписей на основании выбранных нами критерий и пунктов;
- стандартизированные опросники.

Первым этапом диагностики был первичный прием.

При ознакомлении с медицинскими документами установили, что у Юлианны С. имеется заключение психиатра с диагнозом РАС, а у Миши А. в заключении психиатра прописан высокий риск РАС и назначен повторный прием в декабре 2022 года.

Следующим этапом диагностики была оценка развития по заполненным опросникам: KID-R, RCDI. M-CHAT. Нами был выбран опросник RCDI, так как он предназначен для анкетирования детей старше 1,5 лет. Результат полученных данных представлен в таблице:

Таблица 1

Данные опросника RCDI

Критерии оценивания	Миша А.	Юлианна С.
Социальная сфера	<1,2 (отстает)	<1,2 (отстает)
Самообслуживание	<1,3 (слегка отстает)	1,2 (отстает)
Крупная моторика	1,9	1,5 (отстает)
Тонкая моторика	1,10	1,4 (отстает)
Речь	<1,2 (отстает)	<1,2 (отстает)
Понимание	<1,2 (отстает)	<1,2 (отстает)

Полученный результат показал, что у испытуемых имеются тяжелые трудности в социальной сфере, самообслуживании, речи и понимании. Но полученные результаты нельзя считать полностью достоверными, это обусловлено ответами родителей, которые могут завышать или занижать результаты своих детей при ответах на вопросы, предложенные в данном

опроснике. Далее мы заполнили опросник М-СНАТ и получили высокий риск аутизма у обоих испытуемых.

Далее мы перешли к интервью родителей, наблюдением за свободной игрой ребенка, реальным пробам в совместной игре: игра-имитация, игра-копирование, игра на понимание обращенной речи, совместное внимание и способы коммуникации. Интервью проводилось в свободной форме, но с опорой на бланк первичного приема, который выстроен на основе МКФ. (Международная классификация функционирования). Бланк первичного приема полностью представлен в Приложении №2. В течение приема на основе беседы с родителями, результатов наблюдения за свободной игрой ребенка, за взаимодействием в паре «взрослый-ребенок», специальных проб мы исследовали функциональные способности и трудности ребенка в 9 областях (согласно доменам МКФ):

- d1 Получение и применение знаний
- d2 Общие задачи и требования
- d3 Коммуникация
- d4 Мобильность
- d5 Забота о собственном теле и здоровье
- d6 Помощь родителям в повседневных делах
- d7 Межличностное взаимодействие
- d8 Основные жизненные сферы
- d9 Участие в общественной жизни

Основными методами диагностики с точки зрения наличия функциональных способностей и трудностей на данном этапе были методы включённого наблюдения, беседы, диагностических проб. Нами был отобран диагностический материал, который представлял из себя коробку с различными звучащими, гремящими игрушками, матрёшкой, машинкой, кубиками, куклой, столом, стулом, посудой, различными сенсорными досками и т. п.

При наблюдении использовалась психолого-педагогическая

диагностика под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. [39] Оценивание проходило по следующим критериям:

- характер самостоятельной игры ребенка;
- возможность взаимодействия с взрослым;
- характер выполнения заданий и стратегия из выполнения;
- особенности эмоционального реагирования ребенка;
- частота обращений за помощью;
- способы выполнения задания: самостоятельное выполнение;
- выполнение с помощью взрослого (если ребенок не может справиться сам);
- выполнение задания после обучения.

Для обследования применялось следующее оборудование: погремушки, куклы, машинки, кубики, игрушечная посуда, игрушечная мебель, игрушечные инструменты, матрешки, доски Сегена, пирамидки.

Первичная оценка проходила совместно с мамой и папой. В процессе наблюдения мы заполняли бланк первичного приема.

Далее опишем более подробно рассмотрим задачи обследования и поведение испытуемых.

Первичная оценка поведения испытуемого Михаила А.

Область (домен) жизнедеятельности: научение и применение знаний (d1).

Познавательный интерес: проявляет интерес к игрушкам и кабинету, но интересом трудно управлять.

Использование органов чувств: смотрит не целенаправленно, ситуативно использует органы чувств. Слушал отвлеченно только звук бубна и молоточка. На имя не реагирует и не откликается.

Способ получения знаний: не копирует действия взрослых и даже знакомые действия. Не задает вопросы.

Игра: двигательная игра, манипулятивная, предметы исследует стереотипно, чаще с помощью рта.

Практические навыки: знакомые предметы не использовал по назначению (пирамидка, машинка, мяч). Взрослому не подражает. Недолго концентрируется на интересной деятельности.

Умение принимать решение: может выбрать интересную ему игрушку из двух предложенных, протягивает руку и берет. Не обращается ко взрослому за помощью.

Область (домен) жизнедеятельности: общие задачи и требования (d2).

Выполнение задач: не выполняет знакомые и не знакомые задачи (не протягивает руки при надевании одежды, не протягивает ногу при надевании обуви). Не выполняет ни с поддержкой взрослого, ни самостоятельно. В ЕЖС одевается, умывается и т.д. только с маминой помощью.

Следование распорядку дня: имеются трудности с засыпанием на ночь.

Управление стрессом: нежелательное поведение (капризничает) демонстрирует, когда не получает желаемого, успокаивается с трудом. К временным изменениям в распорядке дня адаптируется нормально.

Область (домен) жизнедеятельности: коммуникация (d3).

Коммуникация: взгляд скользящий и редкий, внимания на собеседника не обращает, собеседника не слушает.

Подражание звукам: не подражает, неречевые звуки издает.

Соблюдает очередность: в игру не ступал, соблюдение очередности на приеме не демонстрировал.

Координирует взгляд, жест и/или вокализацию: координации нет.

Сообщения: вербальные инструкции не понимает, на жестовую инструкцию также не отреагировал, пользуется редким лепетом.

Разговор: не обращает внимания на речь собеседника.

Область (домен) жизнедеятельности: мобильность (d4).

Крупная моторика: норма.

Тонкая моторика: норма.

Область (домен) жизнедеятельности: забота о собственном теле и

здоровье (d5).

Уход за частями тела: умывается, чистит зубы, причесывается и чистит нос с помощью взрослого.

Управление физиологическими отправлениями: находится в подгузнике, горшком не пользуется, сигналов не подает.

Одевание и раздевание: только с помощью взрослого.

Прием пищи и питье: находится на грудном вскармливании и общем столе. Избирательности в еде нет.

Забота о здоровье: на боль реагирует плачем.

Область (домен) жизнедеятельности: бытовая жизнь (d6).

Помощь родителям в повседневных делах: обращает мало внимания на повседневные дела мамы.

Область (домен) жизнедеятельности: межличностное взаимодействие (d7).

Соблюдение социальных правил и дистанции: в кабинет зашел вместе с мамой. Взаимодействует со специалистами – принимает игрушки.

Взаимодействие: проявлял интерес к игрушкам выборочно, понравились деревянные ложки и деревянная стучалка. Взаимодействовал только в связи с интересной игрушкой, сам взаимодействие не инициировал. Интересов и эмоций не разделял. Указательный жест не прослеживал. Физического контакта избегал. Находился между родителями и специалистом, в круге.

Область (домен) жизнедеятельности: Основные жизненные сферы (d8).

Образование: ДООУ не посещает. Мама отмечает, что научить чему-то новому ребенка трудно.

Область (домен) жизнедеятельности: Участие в общественной жизни (d9).

Участие в игре: со слов мамы. Может немного играть самостоятельно. Проявляет интерес к некоторым играм (манипулятивная, тянет в рот

игрушки). Может находиться в помещении с другими детьми, но в контакт сам не вступает. В совместной игре с детьми находится недолго, на других участников внимания особого не обращает. Бывают сложности увести с детской площадки или развлекательной комнаты.

Первичная оценка поведения испытуемого Юлианны С.

Область (домен) жизнедеятельности: научение и применение знаний (d1).

Познавательный интерес: проявляет интерес к определенным игрушкам. Выбрала деревянные шарики, иногда берет другие деревянные игрушки.

Использование органов чувств: скользкий взгляд в сторону взрослого. Контакт «глаза в глаза» старается избегать. На имя не реагирует и не откликается. На остальные звуки тоже не реагирует, только на стук деревянных шариков.

Способ получения знаний: игра двигательная, манипулятивна, предметы исследует стереотипно. Со слов мамы вопросы не задает, на приеме также не демонстрировала.

Игра: двигательная игра, манипулятивная, предметы исследует стереотипно.

Практические навыки: знакомые предметы не использовала по назначению (пирамидка, машинка, мяч). Взрослому не подражает.

Умение принимать решение: может выбрать интересную и любимую ей игрушку из двух предложенных, протягивает руку и берет. За помощью не обращается.

Область (домен) жизнедеятельности: общие задачи и требования (d2).

Выполнение задач: выполняет только одну знакомую задачу. Играет только любимой игрушкой. Может собрать с мамой вкладыши рука в руке. Задачи выполняет только с помощью взрослого.

Следование распорядку дня: следует распорядку дня, предложенному

взрослым.

Управление стрессом: нежелательное поведение (выгибает спину, ложится на пол) демонстрирует, когда не получает желаемого или меняются планы, успокаивается с трудом. К временным изменениям в распорядке дня адаптируется с трудом.

Область (домен) жизнедеятельности: коммуникация (d3).

Коммуникация: взгляд скользкий, внимания на собеседника обращает мало, собеседника не слушает или очень кратко.

Подражание звукам: может иногда подражать неречевым звукам.

Соблюдает очередность: на приеме избегала игры по очереди. Со слов мамы дома иногда играет.

Координирует взгляд, жест и/или вокализацию: частично координирует взгляд и вокализацию.

Сообщения: понимает короткие знакомые вербальные инструкции, проще ориентируется при жестовой подсказке. Вокализаций и неречевых звуков мало.

Разговор: не обращает внимания на речь собеседника.

Область (домен) жизнедеятельности: мобильность (d4).

Крупная моторика: ходьба не цыпочках.

Тонкая моторика: дотягивается только с помощью взрослого.

Область (домен) жизнедеятельности: забота о собственном теле и здоровье (d5).

Уход за частями тела: умывается и чистит зубы с организующей помощью взрослого. Причесываться и чистить нос отказывается, проявляет протест криком.

Управление физиологическими отправлениями: находится в подгузнике, горшком не пользуется, сигналов не подает.

Одевание и раздевание: только с помощью взрослого. Не любит новую одежду, проявляет протест при надевании.

Прием пищи и питье: соблюдает безглютеновую диету. Избирательна в

еде. Трудности с введением новой пищи.

Забота о здоровье: на боль может не отреагировать, отсутствует страх опасности.

Область (домен) жизнедеятельности: бытовая жизнь (d6).

Помощь родителям в повседневных делах: обращает мало внимания.

Область (домен) жизнедеятельности: межличностное взаимодействие (d7).

Соблюдение социальных правил и дистанции: социальные правила не учитывает во время взаимодействия. Близко к специалистам не подходит, играет с любимой игрушкой.

Взаимодействие: проявляла интерес только к любимой игрушке, желтому шарикю от стучалки. Взаимодействовал только в связи с интересной игрушкой, сама взаимодействие не инициировала. Интересов и эмоций не разделяла. Указательный жест не прослеживает. Физического контакта избегает. Находится в стороне от родителей и специалистов. Кружится во время ходьбы по кабинету.

Область (домен) жизнедеятельности: Основные жизненные сферы (d8).

Образование: ДООУ не посещает. Имеются трудности обучить Юлианну чему-то новому.

Область (домен) жизнедеятельности: Участие в общественной жизни (d9).

Участие в игре: сама играет непродолжительно и стереотипно. Особо интереса к играм не проявляет. В контакт со сверстниками не вступает. В совместной игре с детьми не участвует, на других участников внимания особого не обращает, людей избегает. В общественных местах или магазинах может демонстрировать нежелательное поведение.

Полностью бланк первичной оценки развития детей раннего возраста с РАС представлен в приложениях к ВКР.

Подвели итоги нашего наблюдения.

В области развития «Познавательного развития» (Д 1) мы наблюдали за интересом испытуемых к получению опыта, новым предметам, к предметной и игровой деятельности и сделали следующие выводы:

- Миша А.: проявил интерес только к машинке желтого цвета, тянул её в рот, стучала (выполняла неспецифические действия). От совместной игры со взрослым и мамой - отказался.

- Юлианна С.: хаотично бегала по комнате на носочках, играла только с двумя желтыми шариками, которые мама принесла с собой. Интерес к предложенным игрушкам не проявляла. От совместной игры со взрослым и мамой - отказался.

«Коммуникативное развитие» (Д 3)

При наблюдении отмечались коммуникативные умения (смотреть в лицо собеседника, внимательно слушать, соблюдать очерёдность; понимать сообщения и продуцировать их с использованием невербальных средств, слов, фраз).

- Миша А.: не проявлял интерес к взрослым, не обращал внимания на специалистов и их речь, заинтересовался только одной игрушкой, инструкции не выполнял, на имя не откликался, указательный жест взрослого не прослеживал. Продемонстрировал периодические вокализации, похожие на гуление младенца. На громкие звуки музыкальных предметов не реагировал. Периодически начинал бегать на цыпочках. Выбрал деревянный шарик от матрешки и начинал стереотипно кидать его на пол и махать руками во время падения игрушки (звук был громкий).

- Юлианна С.: проявила интерес только к одной деревянной игрушке, но почти сразу же отошла от нее. Так же не проявила интерес к взрослым, взгляд «глаза в глаза» не демонстрировала, продолжала хаотично ходить по комнате на цыпочках, перебирая свои шарики. Вокализаций не продемонстрировала.

«Межличностное взаимодействие» (Д 7).

Наблюдали за проявлением интереса к человеку, совместным

вниманием, дифференциацию между людьми.

- Миша А.: не подходил близко к специалистам, не разделял эмоций с мамой и специалистами (игра «ку-ку»). Не прослеживал указательный жест и сам не пользовался им. Не демонстрировал привязанности к маме.

- Юлианна С.: так же подходила близко к специалистам, не разделяла эмоций с мамой и специалистами (игра «ку-ку»). Не прослеживала указательный жест. Не демонстрировала привязанности к маме.

На междисциплинарном консилиуме нами было принято решение о проведении углубленной оценки, которое было отражено в заключении по первичному приему. (Приложение 4)

Следующим шагом было проведение оценочных процедур для разработки ИПРП (индивидуальная программа ранней помощи). Цель проведения оценочных процедур: выбор направления ИПРП; определение целей ИПРП; определение услуг ранней помощи; определение условий получения услуг. Нами была проведена еще оценка рутин и углубленная оценка навыков.

Вторым этапом констатирующего эксперимента стала углубленная оценка выбранных рутин и линий развития.

Параметры оценивания были следующие:

- трудности лёгкого характера: ребёнок выполняет задание или активно участвует в совместной деятельности с экспериментатором, но в организующих моментах требуется небольшая помощь взрослого;

- трудности умеренного характера: ребёнок при направляющей помощи взрослого выполняет определённые пробы, но не проявляет к ним интереса;

- трудности тяжёлого характера: ребёнок отказывается (не принимает/понимает) предложенное задание, не проявляет интерес.

Так как по результатам первичного приема и диагностики опросниками RSDI мы выяснили, что испытуемые развиваются не в соответствии возрасту—было принято решение об использовании методик для углубленной оценки для детей до 2-х лет.

Для диагностики была адаптирована диагностика нервно-психического развития детей 1-го года жизни под редакцией Г. В. Пантюхиной, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт. [36]

Действия с предметами.

Миша А.: во время пробы Миша не обращал внимания на специалиста, на речь не реагировал. Взял в руки одну из предложенных игрушек и начал исследовать её ртом. Потом начал стереотипно её бросать и махать руками во время падения игрушки на пол. Трудности тяжелого характера по Д 1, Д 3, Д 7.

Юлианна С.: не обратила внимания на предложенные игрушки, не захотела подойти к ним ближе. Ходила по комнате с принесенными из дома желтыми деревянными шариками. На речь специалистов не реагировала. В контакт не вступала. Трудности тяжелого характера по Д 1, Д 3, Д 7.

Понимание речи.

Миша А.: обратил внимание на большую желтую машину, но на вопрос: «Где?», никак не реагировал. Со слов мамы, у Миши есть любимые игрушки, но на вопрос: «Где пирамидка?», ребёнок дома тоже никак не реагирует - трудности умеренного характера по доменам Д 3, Д 7.

Юлианна С.: вела себя так же как на первой пробе.

Активная речь.

Миша А.: данную пробу выполнить не удалось, ребёнок не повторил ни одного из слогов. Со слов мамы Миша не произносит отдельные слоги - трудности тяжёлого характера по доменам Д 3, Д 7.

Юлианна С.: со слов мамы Юлианна не произносит слоги. Редко бывают вокализации и гуление.

Подводя итог после процедуры углубленной оценки можно сделать следующие выводы:

Дети нуждаются в составлении ИПРП, в каждом показателе имеются трудности тяжелого характера, которые были вынесены в бланк заключения (см. Приложение 4).

В ИПРП необходимо включить все домены, которые были диагностированы на этапе первичного приема и углубленной оценки, познавательное, коммуникативное и социальное развитие.

Последним этапом углубленной оценки было изучение рутин, которые вызывают наибольшие трудности (со слов мамы), чтобы включить их в ИПРП. Это позволило определить имеющиеся трудности в освоении базовых и специальных навыков, необходимых для выполнения шагов той или иной рутины, которые необходимы для нормализации жизни ребёнка раннего возраста в ЕЖС.

Во время беседы с мамами мы выяснили, что их беспокоит ежедневное использование горшка/туалета, так как дети на момент углубленной оценки не могли попросить о помощи, сообщить о своей потребности и сами воспользоваться горшком. Поэтому мы предложили заполнить бланки рутин.

Проведем оценку бланков рутины «Туалет/смена подгузника».

У испытуемого Михаила А. можно проследить отставание по возрасту в освоение данной рутины по нескольким показателям:

- Маша не обращает внимания на лицо родителя во время смены подгузника;
- не сообщает, что подгузник уже пора менять;
- не понимает слова, связанные с туалетом;
- не садится и не сидит на горшке определенное количество времени;
- не использует слова или жесты во время смены подгузника;
- не участвует в процессе мытья рук;
- не делает все дела, если посадили на горшок;
- не снимает штанишки, чтобы сходить в туалет;
- не моет руки с пониманием после хождения в туалет;

Таким образом мы делаем вывод, что у ребенка не освоена рутина «Туалет/смена подгузника» и родители нуждаются в помощи специалистов, чтобы помочь ребенку в формировании данного умения.

Теперь оценим заполненный родителями бланк рутины «Туалет/смена

подгузника» испытуемого Юлианны С. Сразу же отметим, что у ребенка тоже имеются трудности в освоении данной рутины и родители нуждаются в консультативной помощи специалистов. Рассмотрим подробно:

- не сообщает, что подгузник уже пора менять;
- не понимает слова, связанные с туалетом;
- не садится и не сидит на горшке определенное количество времени;
- не использует слова или жесты во время смены подгузника;
- не участвует в процессе мытья рук;
- не делает все дела, если посадили на горшок;
- не снимает штанишки, чтобы сходить в туалет;
- не моет руки с пониманием после хождения в туалет;
- самостоятельно не надевает штанишки, после использования туалета или горшка;
- не просит помочь с вытиранием, после туалета;
- сама полностью не управляется с туалетом;
- не сотрудничает со взрослым во время данной рутины.

Бланки полностью представлены в Приложении №4. Согласно заполненным бланкам мы смогли сделать выводы, что у испытуемых имеются различные трудности и отставания от нормы почти в каждой рутине. И были выявлены рутины, в которых дети любят принимать активное участие, поэтому решили включить их в ИПРП.

Проведённая диагностика и углублённая оценка отдельных доменов и рутин на этапе констатирующего эксперимента позволила определить необходимость разработки ИПРП для детей раннего возраста с включением основных направлений по линиям развития: когнитивное, коммуникативное, социальное и основных рутин, необходимых для нормализации ребёнка в ЕЖС. По итогам первичной оценки были составлены заключения по результатам первичного приема для обоих испытуемых. Бланки полностью представлены в Приложении №3.

Теперь рассмотрим психолого-педагогические особенности

испытуемых и факторы, положительно или отрицательно влияющие на развитие испытуемых.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

В данной главе рассмотрели диагностические методики, способы и возможности их применения. Выбрали подходящие и доступные нам методики для диагностики детей раннего возраста с РАС в условиях Службы ранней помощи.

Отметили, что период раннего возраста важен для всестороннего развития детей (особенно с РАС) и дальнейшей его социализации. Для раннего выявления и абилитации детей раннего возраста с РАС необходимо знать развитие ребёнка в онтогенезе и возможных причинах его нарушения.

Выявили важность разработки и реализации ИПРП для детей раннего возраста с РАС, определив основные цели и задачи: определение сильных сторон ребёнка и обучение родителей различным способам и методам взаимодействия со своим малышом с целью его оптимального развития с учетом его особенностей.

ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕТРА ПОСРЕДСТВОМ РЕАЛИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

3.1. Основные направления работы по формированию коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра

Одним из основных принципов ранней помощи детям с РАС является – раннее начало. Если ребенок в возрасте от шести месяцев до трех с половиной лет демонстрирует «красные флажки» в поведении, при этом у ребенка еще может не быть самого диагноза РАС, но он демонстрирует нарушения в поведении в соответствии с критериями DSM-5. Для таких детей специалист уже может выбрать диагностические методики и составить ИПРП на основе ESDM.

Еще одним важным принципом ранней помощи является функциональная направленность. Специалисты и родители помогают ребенку развивать навыки, необходимые в повседневной жизни. При этом навыки основаны на активности самого ребенка, в той деятельности, которая повторяется ежедневно и нравится ребенку, в которой он может участвовать и учиться.

Каждый ребенок имеет множество навыков. В старшем возрасте мы привыкли оценивать ребенка по его академическим навыкам (образование), а для детей раннего возраста необходимы функциональные навыки. Дадим им определение.

Функциональные навыки - это практические, полезные навыки, которые ребенок сможет применять в различных жизненных ситуациях. Функциональные навыки - это цели обучения, которые приемлемы для данного возраста, и которые имеют непосредственное отношение к жизни

ребенка. Цель функционального подхода - функционирование ребёнка, в основе которого лежит собственная активность ребенка и его способность к выполнению. Функциональный подход рассматривает целостные повседневные ситуации, способность ребёнка участвовать в них. Специалисты стремятся улучшать способности ребенка функционировать. Смысл в том, чтобы дать детям возможность общаться, играть, двигаться.

Приведем пример функционального подхода от подхода, основанного на дефицитах. Коррекционный подход:

Вылечить или исправить, «нормализовать» ребенка;

Сфокусированность на ребенке;

Родители воспринимаются, как помеха, или пациенты;

О ребенке говорят в терминах категорий «алалик»;

Программы основаны на слабых сторонах ребенка, отталкиваются от того, что не умеет;

Специалисты проводят занятия в центре;

Ребенка учат академическим навыкам (учат произносить слова, развивают звукопроизношение и т.д.).

Функциональный подход:

Нормализовать жизнь ребенка и семьи;

Семейно – центрированность;

Родители – партнеры и главные «учителя» ребенка;

Ребенок – личность с интересами, потребностями;

Программы основаны на сильных сторонах, умениях ребенка и семьи;

Родители учат ребенка новым навыкам в семейной, домашней среде;

Ребенок осваивает навыки, нужные в повседневной жизни.

Например, Миша будет использовать карточку (жест, слово, коммуникативную кнопку), чтобы попросить взрослого во время еды, одевания, раздевания дома и в детском саду 2-3 раза в день подряд в течение 5 дней.

Таким образом, функциональный подход в ранней помощи:

Основывается на сильных сторонах ребёнка, поддерживая и воодушевляя семью.

Отвечает прямым потребностям семьи и ребёнка, ориентируясь на запрос.

Фокусируется на навыках, которые качественно изменяют жизнь семьи и ребёнка.

Рассматривает поведение ребёнка в естественной семье, что не требует от семьи создания специальных условий.

Обеспечивает эффективность обучения, встраивая его элементы в виде деятельности и активности, присутствующие в жизни ребёнка на ежедневной основе.

Бережно заботится о социально-эмоциональном развитии маленького ребёнка, активно включая родителей в активности и позволяя им быть главным учителем для своего ребёнка.

Помогает семье и ребёнку активно включаться в социум и быть успешным в нём.

Сохраняет ясность и прозрачность для родителей, используя формулировки без специальных терминов и предлагает чёткие критерии достижения целей.

Функциональные цели вмешательства базируются на актуальном уровне развития ребенка, исходят из запроса и потребностей семьи, включают обучение по ключевым навыкам. А также жизненно необходимы, понятны и достижимы. [30]

На основании вышеизложенных принципов и результатов констатирующего эксперимента, в разработку ИПРП детей раннего возраста с РАС были включены следующие направления работы:

1. содействие развитию функционирования ребёнка и семьи в ЕЖС;
2. содействие развитию общения и речи ребёнка;
3. содействие развитию познавательной активности.

Для испытуемых было выбрано - организация развивающей

деятельности в рамках ведущей деятельности: эмоциональное общение с родителем с развитием предметной деятельности, а также предметная и игровая деятельность с включением рутин, в которых прослеживаются наибольшие успехи.

Учитывая психологические особенности детей раннего возраста с РАС, результаты, полученные в ходе констатирующего эксперимента, запрос родителей, на этапе формирующего эксперимента были разработаны и реализованы ИПРП для детей раннего возраста с РАС, которые представлены ниже.

3.2. Составление и реализация индивидуальной программы ранней помощи детям с расстройством аутистического спектра

Основными общими целями, планируемыми при разработке ИПРП, для обоих испытуемых явились (согласно рекомендациям Служб ранней помощи):

- улучшение функционирования ребёнка в ЕЖС;
- повышения качества взаимодействия и отношений ребенка с родителями, другими непосредственно ухаживающими за ребенком лицами, в семье;
- повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за ребенком лиц в вопросах развития и воспитания ребенка;
- включение ребенка в среду сверстников, расширение социальных контактов ребенка и семьи. [44]

Индивидуальные цели, включённые в ИПРП раскрыты ниже.

Цели как общие, так и индивидуальные решают одну главную задачу: улучшение функционирования ребёнка в ЕЖС для дальнейшей его социализации.

Далее рассмотрим основной документ Службы ранней помощи, по которому осуществляется вся работа. ИПРП для ребенка раннего возраста с

РАС испытуемого Михаил А. и Юлианны С.

Индивидуальная программа ранней помощи Михаила А.

Ф.И. ребенка: Михаил А.

Дата рождения: 21.06.2019 г.

Планируемый срок реализации ИПРП: 6 мес., ноябрь 2021 –май 2022

Форма реализации ИПРП: в организации, очно/дистанционно, индивидуально, с семьёй.

Планируемые услуги, периодичность.

Примерный объем (общее количество часов): 24.

Форма предоставления (индивидуальная/групповая, очно/дистанционно): индивидуально.

Сроки предоставления: 1 раз в неделю.

Место предоставления (в организации/на дому): Филиал МАОУ СОШ № 13 ЦППМиСП «Развитие».

Специалист: Хасанова Д.В.

Услуги ранней помощи: содействие развитию общения и речи ребенка.

Область жизнедеятельности МКФ: коммуникация.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Во всех ЕЖС, во время встреч со специалистом Миша будет проявлять интерес к речи взрослого, будет прекращать деятельность и оборачиваться на голос взрослого, на своё имя в 80% случаев три встречи подряд.

2. Во время общения (разнообразные игры, купание) со взрослым Миша будет направленно и разнообразно вокализировать в течение 5-ти минутного периода, 3 цикла, три встречи подряд.

3. Во время общения со взрослым Миша расширит репертуар копируемых звуков, будет использовать их для общения в 80% случаев, устойчиво, три недели подряд.

Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих:

1. Родители откликаются на инициативу ребенка, знают основные

правила общения с ребенком.

2. Родители умеют оказывать необходимую помощь для Миши в тренировке данных навыков, используют случайные ситуации и умеют организовывать специальные ситуации.

3. Родители оставляют время для собственно инициативы ребенка.

Область жизнедеятельности МКФ: социальное взаимодействие.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Во всех ЕЖС Миша будет спокойно ждать (1 минуту), не будет отнимать предметы/ игрушки, не будет расстраиваться и менять деятельность, с опорой на помощь взрослого в 80% случаев, устойчиво, три недели подряд.

2. Миша увеличит общение со взрослым (не только мама) (5-7 минут) за счет повышения удовольствия от общения со взрослым и социальных игр (игры на взаимодействие, ритмичные игры, циркулярные игры), без переключения, во всех ЕЖС и во время встреч со специалистом в 3 случаях из 5, три недели подряд.

3. Во время взаимодействия со взрослым, для продолжения интересного действия, общения, игры Миша будет протягивать руки, будет использовать различные интонации (подавать считываемые сигналы) в 80% случаев, устойчиво, три недели подряд.

Услуги ранней помощи: содействие развитию познавательной активности ребенка.

Область жизнедеятельности МКФ: общие задачи и требования.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Во время совместной игры, общения со взрослым (вокализации по очереди), Миша не будет нарушать очередность, будет дожидаться законченного действия от взрослого в 80% случаев, устойчиво, три недели подряд, с опорой на подсказку взрослого.

2. В течение дня (купание, совместная игра со взрослым, общение со взрослым) Миша начнет выполнять простые просьбы сразу после их

предъявления (дай, на, возьми и т.п.) взрослого с опорой на контекст ситуации и физические подсказки (постепенно снижаем уровень подсказки) в 3 случаях из 5, три встречи подряд.

Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих:

1. Родители умеют использовать случайные ситуации и создавать специальные ситуации для тренировки данных навыков.
2. Родители умеют предоставлять инструкции, знают необходимый уровень подсказки для Миши, оставляют время для собственной инициативы ребенка.

Область жизнедеятельности МКФ: обучение и применение опыта.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Дома и во время встреч с педагогом Миша будет активно изучать окружающее пространство, будет упорствовать, проходить препятствия, решать простые сложности, будет заползать на небольшие возвышения, переползать взрослого и разнообразные доступные препятствия для того, чтобы добраться до нужного места и нужного предмета, устойчиво, три встречи подряд.
2. Во время игр со взрослым, выполнения рутинных действия и во время встреч со специалистом Миша будет копировать простые крупномоторные действия, которые предлагает взрослый, простые действия с предметами (сначала используем полную физическую подсказку, затем снижаем уровень подсказки) в 3 случаях из 5, три встречи подряд.
3. Миша будет учиться через простые действия с одни и двумя предметами (изучение свойств предметов и способов манипуляции ними) (кидать, катать мяч, стучать 1 предметом, стучать двумя предметами друг об друга, вынимать предметы, перекладывать игрушки/предметы, стучать по различным поверхностям, бросать предметы к коробку/банку/кастрюлю, доставать предметы из ёмкостей разной глубины и т.п.) в 80% случаев, устойчиво, три недели подряд.
4. Во время игры, купания Миша начнет совершать действия,

направленные на результат, например, будет нажимать на кнопки и ожидать результат (начинается песня, загорается огонек, появляется игрушка и т.п.).

5. Во время разнообразных игр с предметами/ игрушками Мига начнет сам совершать простые игровые функциональные действия с предметами, которые связаны по смыслу (игровые действия соответствуют функциям предмета) не менее 5 новых функциональных действий, три встречи подряд (например, стучать ложками, нажимать на клавиши детского пианино, стучать по барабану, нажимать на кнопки и т.п.).

Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих:

1. Родители умеют предоставлять Мише разнообразные предметы, игрушки.

2. Знают необходимый уровень подсказки для изучения предмета и умеют её ослаблять.

3. Родители и близкие взрослые всегда оставляют время для проявления собственной инициативы ребенка.

4. Родители умеют вовлекать Мишу в интересную деятельность, умеют преобразовать рутинную деятельность в игровой процесс, умеют демонстрировать Мише новые действия с предметами, дают доступные действия для копирования.

5. Родители умеют организовать обучающее и безопасное пространство вокруг ребенка, умеют стимулировать передвижение ребенка в пространстве и знают, как оказать ему помощь и усложнять задачи.

6. Родители умеют предоставлять Мише простые образцы для копирования звуков и простых движений, и хвалят ребенка за проявление активности.

Услуги ранней помощи: содействие развитию у ребенка навыков самообслуживания и бытовых навыков.

Область жизнедеятельности МКФ: самообслуживание.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Дома в течение дня, когда родители сажают Мишу на горшок, он

будет сидеть на нем в течение 1-2 минут, устойчиво в течение недели.

Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих:

1. Родители умеют заинтересовать Мишу в выполнении бытовых дел и умеют оказывать необходимый уровень помощи, постепенно ослабляя подсказки.
2. Родители попробуют дома, чем Мише удобнее пользоваться – горшком или унитазом.

Теперь рассмотрим комплекс абилитационных мероприятий для второго испытуемого Юлианны С.

Индивидуальная программа ранней помощи Юлианы С.

ФИ ребенка: Юлианна С.

Дата рождения: 08.07.2018 г.

Планируемый срок реализации ИПРП: 6 мес., ноябрь 2021 –май 2022

Форма реализации ИПРП: в организации, очно/дистанционно, индивидуально, с семьёй.

Планируемые услуги, периодичность.

Примерный объем (общее количество часов): 24.

Форма предоставления (индивидуальная/групповая, очно/дистанционно): индивидуально.

Сроки предоставления: 1 раз в неделю.

Место предоставления (в организации/на дому): Филиал МАОУ СОШ № 13 ЦППМиСП «Развитие».

Специалист: Хасанова Д.В.

Услуги ранней помощи: содействие развитию общения и речи ребенка.

Область жизнедеятельности МКФ: коммуникация.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Просьба при помощи жеста, взгляда и вокализации. Дома и на занятиях во время игры или бытовых активностей в ситуации просьбы Юлианна будет обращаться к взрослому, чтобы получить желаемый предмет или начать активность, используя различные жесты одновременно с

вокализацией и взглядом в лицо взрослого, всего 5-6 жестов (например, указательный, жест «пить», «кушать», «открыть», «помоги», «качай»), устойчиво 3 встречи подряд.

2. Повторение звуков. На занятиях и дома во время интересной игры, когда взрослые издают эмоциональные звуки, Юлианна будет регулярно повторять эти звуки, устойчиво в течение недели.

Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих:

1. Родители вместе со специалистом выбирают те жесты, которым они будут учить Юлианну. В разных бытовых и игровых ситуациях родители предлагают или замечают интересные Юлианне предметы и активности, и помогают попросить её нужным жестом (например, физически или показав образец жеста), а также ждут от Юлианны звуков и взгляда в лицо. Родители отдают предмет Юлианне или начинают желаемую активность, эмоционально хвалят её.

2. Во время игры с Юлианной взрослые постоянно издают различные звуки, подходящие к этой игре (например, озвучивают действия и персонажей «би-би», «бах», «хрю», «топ-топ» и различные междометия «ой-ой», «ура», «фу» и т.д.). Если Юлианна повторила звук, родители будут эмоционально реагировать и повторять звук еще раз. Родители также будут реагировать на любую вокализацию, которую издает Юлианна в момент, даже если она не похожа на образец.

Область жизнедеятельности МКФ: социальное взаимодействие.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Умение здороваться и прощаться. В ситуациях приветствия и прощания, когда взрослые будут здороваться/прощаться с Юлианной, она будет смотреть на взрослого и делать соответствующий жест в ответ, оба жеста устойчиво в течение недели с мамой, папой и специалистом.

2. Зрительный контакт во время передачи предметов. На занятиях и дома, когда Юлианна берет какой-либо предмет у взрослого или наоборот, передает ему предмет, она будет устанавливать со взрослым зрительный

контакт, в 80% случаев 3 встречи подряд с мамой, папой и специалистом.

Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих:

1. Когда Юлианна куда-то приходит или уходит, или когда кто-то приходит или уходит из дома, родители помогают Юлианне здороваться или прощаться с помощью соответствующего жеста и слова.

2. Каждый раз, когда Юлианна берет или забирает предмет у родителей, они будут стараться установить с ней зрительный контакт, прежде чем совершить передачу. Для этого они поднимают руки ближе к лицу или передают предмет, сначала поднеся его к лицу. После этого они улыбаются Юлианне и отдают/забирают предмет, называя его.

Услуги ранней помощи: содействие развитию познавательной активности ребенка.

Область жизнедеятельности МКФ: общие задачи и требования.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Умение выполнять простые просьбы взрослого. Дома и на занятиях во время игры и бытовых ситуаций, когда взрослый будет давать Юлианне простую инструкцию (например, «дай мне», «садись», «включи», «открой» и т.д.) всего 4-5 различных инструкций, Юлианна будет выполнять эти действия устойчиво 3 встречи подряд.

2. Умение отдавать предмет по просьбе. Дома и на занятиях во время игры и повседневных активностей, когда у Юлианны в руках находится какой-то предмет, а взрослый просит «дай мне» и протягивает ладонь, Юлианна будет отдавать предмет взрослому, в 80% случаев 3 встречи подряд с мамой, папой и специалистом.

3. Умение ждать короткое время. На занятиях и дома во время различных бытовых активностях, когда взрослые говорят Юлианне «подожди», она будет спокойно ждать в течение 10-15 секунд, устойчиво 3 встречи подряд.

Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих:

1. В разных бытовых и игровых ситуациях родители будут просить

Юлианну сделать различные простые действия и при необходимости помогать ей в этом. После этого они будут хвалить её и предлагать интересные ей предметы и активности.

2. Родители будут стараться не использовать жестовые подсказки, чтобы Юлианна реагировала именно на речь взрослого.

3. Регулярно в течение дня родители будут просить Юлианну отдать им различные предметы. Лучше всего начинать с предметов, которые Юлианне не нужны или которые не вызывают у неё сильного интереса, и только потом переходить к интересным предметам. После того, как Юлианна самостоятельно или с помощью взрослого передаст предмет, родители будут хвалить её и убирать предмет, если он не нужен, или быстро возвращать обратно, если Юлианне он интересен.

4. Во время различных бытовых активностей и игр родители будут просить Юлианну подождать несколько секунд и помогать ей это сделать (например, считая, используя таймер и т.д.). После этого они будут хвалить Юлианну и позволять ей продолжать активность/отдавать желаемый предмет.

Область жизнедеятельности МКФ: обучение и применение опыта.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Игра по очереди. На занятиях и дома во время игры с игрушками и интересных ей бытовых активностях, Юлианна будет выполнять действия по очереди со взрослым, 2-3 раза подряд, в 5-6 играх разных играх в течение недели.

2. Повторение движений. На занятиях и дома во время игр на взаимодействие и подвижных игр, когда взрослый показывает образец простого движения в течение 5 секунд после демонстрации, всего 5-6 различных движений, несколько раз в течение дня, 7 дней подряд.

3. Отобразительная игра. На занятиях и дома во время свободной игры Юлианна будет выполнять 4-5 действий с различными игрушечными предметами и персонажами (например, пить понарошку из чашки, кормить

маму понарошку из игрушечной ложечки, укладывать мишку спать и т.д.), устойчиво 5-6 раз в течение недели.

Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих:

1. Во время игр с игрушками и в быту родители будут регулярно предлагать Юлианне играть по очереди. Для этого удобно использовать активности, предполагающие использование одной игрушки (например, катание мяча, кидание его в корзину, выдувание пузырей и т.д.) или многократное выполнение похожих действий.

2. Во время совместных подвижных игр (в том числе под стишки и песенки) родители будут показывать Юлианне различные простые движения. Лучше начинать с таких движений, выполнение которых Юлианна может контролировать зрительно (например, похлопать, потопать, помахать руками, постучать ладонями по коленям и т.д.). 3. Если Юлианна наблюдает за движениями, родители будут помогать ей их повторить, после чего радостно и эмоционально продолжать игру.

3. Родители показывают Юлианне различные действия с игрушечными предметами, эмоционально вовлекают её в игру, и если она заинтересуется, помогают повторить эти действия. Также родители помогают встроить простые сюжетные действия в те игры, в которые Юлианна уже умеет играть. Родители эмоционально поощряют самостоятельную игру Юлианны с такими игрушками.

4. *Услуги ранней помощи: содействие развитию у ребенка навыков самообслуживания и бытовых навыков.*

Область жизнедеятельности МКФ: самообслуживание.

Цели ИПРП для ребенка:

1. Навыки опрятности. Дома в течение дня, когда родители сажают Юлианну на горшок, она будет сидеть на нем в течение 1-2 минут, устойчиво в течение недели.

Цели ИПРП для семьи /основных ухаживающих:

1. Родители попробуют, чем Юлианне будет удобней пользоваться

горшком или накладкой на унитаз. Они также выберут специальное поощрение, которое Юлианна сможет получить, только посидев на горшке и никаким другим способом: это может быть наклейка, угощение, специальная совместная игра.

2. Ежедневно, регулярно в течение дня родители будут высаживать Юлианну на горшок и помогать посидеть на нем короткое время, после чего хвалить её и выдавать специальный приз. Они будут постепенно увеличивать время, которое Юлианна посидела на горшке. На этом этапе очень важно не держать Юлианну на горшке насильно, чтобы у неё не закрепилось негативное отношение к этому процессу.

Бланки ИПРП полностью представлены в Приложении №5 к выпускной квалификационной работы.

Теперь более подробно познакомимся с действиями специалиста по коммуникации во время одной из обучающих сессий, их целями и способами достижения целей. А также с включением родителей во взаимодействие с ребенком.

Так как на этапах диагностики мы выяснили, что испытуемые не откликаются на имя, не используют речь для коммуникации и не обращают внимания на речь родителей и других взрослых, нами были организованы встречи таким образом, чтобы развивать у детей на первом этапе невербальную коммуникацию, использование жестов, привлечение внимания к лицу говорящего взрослого и совместное внимание.

Нашей целью было предоставить родителям способы помощи ребенку в том, чтобы научить его выражать чувства, желания и интересы с помощью языка своего тела, а также научить понимать языка тела взрослого. Невербальная коммуникация – это основа для развития языка и речи ребенка.

Встреча в декабре 2021 года.

Кто присутствовал: мама, папа, Миша, педагог.

Оборудование: фитбол, мыльные пузыри, пакет с перьями, бубен.

Цель: невербальная коммуникация, а именно привлечение внимания

ребенка к лицу взрослого, жест помощи, указательный жест.

Рутины: игра.

Резюме:

Игра «Мыльные пузыри». Ход игры: специалист показывает Мише как надувается пузырь и предлагает лопнуть его указательным пальцем. Для Миша эта игра является стимульной. Поэтому специалист ждет, когда Миша попросит надуть пузыри еще раз. Подносит банку к лицу и ждет от ребенка визуального контакта или любого жеста о просьбе продолжить. Далее к игре присоединяется один из родителей.

2. Игра «Пакет с перьями». Ход игры: специалист показывает Мише пакет с застежкой и с перьями, которые он может держать, но не может достать. Таким образом Миша может визуально контролировать перья, но должен сообщить, что ему нужна помощь, чтобы играть с ними. Специалист так же подносит пакет к лицу и спрашивает, ты хочешь перья? Миша в ответ должен обратить внимание на лицо педагога и сообщить жестом о желании продолжить игру. Педагог открывает пакет с перьями, сдувает их с ладошки и начинает собирать обратно в пакет. Для Миши эта игра является стимульной, он просит продолжить её. В игру вступает один из родителей.

3. Игра «Фитбол» Ход игры: Мишу кладут на фитбол лицом вниз и начинают раскачивать в разные направления. В процессе раскачивания педагог проговаривает стишки-потешки. Текст: В игру включаются оба родителя.

Каждая обучающая сессия длится 60 минут. В конце встречи специалист обсуждает с родителями достигнутые или недостиженные результаты, дает дополнительные рекомендации, отвечает на вопросы родителей. Ребенок в это время занят свободной игрой.

На встречах очень важно присутствие и полноценное участие родителей. Сначала специалист взаимодействует с ребенком, а потом подключается родитель, чтобы закрепить практический опыт.

3.3. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий по формированию коммуникативных умений у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра в условиях Службы ранней помощи

Оценка результатов реализации индивидуальных программ помощи семье является важным этапом совместной работы специалистов и родителей. Результаты этого этапа определяют дальнейший маршрут вмешательства для ребенка и семьи: корректировка или постановка новых задач для ребенка и семьи на определенный промежуток времени, либо организация программы перехода в ДООУ, другие подходящие учреждения сферы образования, социальной защиты по достижении ребенком возраста 3-3,5 лет.

Процессы оценки эффективности, как и построения и реализации программы вмешательства, должны быть общими для семьи ребенка и членов междисциплинарной команды специалистов и определенным образом фиксироваться. На этапе оценки все специалисты междисциплинарной команды должны руководствоваться едиными принципами и подходами к доказательствам эффективности своей профессиональной работы. Эффективность определяется обеими сторонами: специалистами команды ранней помощи и со стороны получателей услуг – семьи и ребенка.

При оценке эффективности разработанных и реализованных ИПРП детей раннего возраста с РАС необходимо учитывать все аспекты ее реализации:

- динамические показатели, характеризующие прогресс в развитии ребенка;
- характер изменения семейного потенциала и других факторов окружающей среды;
- динамику участия ребенка в различных социальных ситуациях;
- улучшение понимания членами семьи сильных сторон своего ребенка,

его способностей и особых потребностей;

- повышение компетентности членов семьи в развитии и воспитании ребенка.

Динамические изменения, отражающие эффективность реализации ИПРП, могут быть отражены табличным способом с использованием соответствующей формы.

По окончании реализации ИПРП детей раннего возраста с РАС необходимо провести итоговое диагностическое обследование с целью оценки эффективности реализации индивидуальной программы.

Для фиксации эффективности вмешательства могут использоваться количественные определители, задаваемые в МКФ, а именно – обозначение степени затруднений, которые испытывает ребенок в основных сферах жизнедеятельности. Первичная оценка проводилась нами совместно с родителями на диагностическом этапе в виде заполнения опросников KID-R и RCDI, первичного приема и углубленной оценки способностей и навыков ребенка по доменам активности и участия и заполнения соответствующих бланков рутин, в которых наряду с качественным описанием навыков ребенка фиксируется их количественная отметка.

1. НЕТ затруднений (никаких, отсутствуют, незначительные)
2. ЛЕГКИЕ затруднения (незначительные, слабые)
3. УМЕРЕННЫЕ затруднения (средние, значимые)
4. ТЯЖЕЛЫЕ затруднения (высокие, интенсивные)
5. АБСОЛЮТНЫЕ затруднения (полные)

На этапе оценки эффективности программы вмешательства осуществляется повторная процедура определения затруднений, соответствующих степени выраженности затруднений на момент оценки, показатели сравниваются, становится очевидна динамика.

Результаты определяются как полученная польза для семьи и качественные изменения, произошедшие в ходе проводимой программы и оказанной семье поддержки. Результаты нельзя определять только как факт

получения услуг или удовлетворенность этими услугами, это то, что произошло с ребенком и семьей в результате предоставленных услуг.

Эффективность программы определяется степенью достижения задач, поставленных в ней. А также вовлеченностью и пониманием родителей, развития их умений и компетенций при взаимодействии с ребенком.

В качестве инструмента для оценки прогресса в различных областях развития должны использоваться те же инструменты, что использовались при оценке развития функциональных умений на этапе первичной оценки. Положительная динамика обучения ребенка должна отслеживаться не столько с точки зрения устранения отставания по конкретным областям, так как для некоторых детей это невозможно, особенно если речь идет о детях с РАС, сколько по изменениям, произошедшим с данным ребенком с момента предыдущих измерений. Важно оценить, какие именно умения появились в каждой из областей.

Примером развития функциональных умений может быть использование жестов, звуков, отдельных слов или других средств коммуникации, таких как картинки или написанные слова, для обозначения ребенком своих потребностей и желаний. К функциональным относится умение использовать соответствующим образом различные предметы, например, ложку, горшок, карандаши, ножницы, расческу, игрушку и др. Важным фактором для развития ребенка является его умение и желание исследовать окружение посредством изучения пространства и предметов, включая игрушки, книжки и другие материалы. Насколько активно ребенок демонстрирует старание и любопытство при обучении чему-то новому, переносит ли он навыки, которым его научили, в ситуации ежедневных действий. Именно эти показатели говорят о положительных результатах в развитии ребенка.

Основываясь на учении Л. С. Выготского о «зоне ближайшего развития» и предположив, что разработанные и реализованные ИПРП детей раннего возраста с РАС приблизят ребёнка к возрастной норме, мы

организовали включённое наблюдение и провели анализ ситуаций на встрече и дома, которые описывали родители (как ребёнок просыпается, как кушает, как купается, играет один).

Предоставим данные полученных результатов диагностики Миши А., к окончанию реализации ИПРП, чтобы оценить результат программы. Мы снова выдали бланк опросника, родители Миши повторно заполнили опросник RCDI, после чего мы обработали его в программе и нами были выявлены следующие результаты:

Таблица 2

Данные опросника RCDI

Критерии оценивания	Миша А.
Социальная сфера	<1,5 (отстает)
Самообслуживание	<1,8 (слегка отстает)
Крупная моторика	2,1
Тонкая моторика	2
Речь	<1,3 (отстает)
Понимание	<1,3 (отстает)

По результатам полученных данных можно увидеть, что у ребенка произошла небольшая положительная динамика в нескольких областях развития.

Далее нами была организована встреча для итоговой оценки эффективности ИПРП. Оценка проходила в игре ребенка и родителей, специалисты вели наблюдение, оценивали достижение целей, прописанных в ИПРП, и фиксировали результаты в следующей таблице:

ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИПРП

ФИО: Миша А. Дата рождения: 21.06.2019

Состав семьи: мама, папа и в мае 2022 года родился младший брат

Первичный запрос: общее развитие ребёнка, не окликается на имя, нет коммуникации с родителями

Итоговая оценка эффективности ИПРП Михаила А.

Научение и использование опыта (d1) Легкие трудности. Достигли все поставленные цели.	Общие задачи и указания (d2) Сохранились умеренные трудности. Обе цели ИПРП не были достигнуты в полном объеме.	Мобильность (d4) Трудностей нет.
Коммуникация (d3) Сохранились умеренные трудности. Но Миша достиг двух целей из трех запланированных в ИПРП.	Межличностное взаимодействие (d7) Сохранились умеренные трудности. Миша достиг одну цель из трех запланированных в ИПРП.	Основные жизненные сферы (d8) Умеренные трудности. Домен не был включен в ИПРП.
Забота о собственном теле и здоровье (d5) Легкие трудности. Миша начал пользоваться горшком, родители теперь знакомят его с унитазом. Цель ИПРП достигнута.	Помощь родителям в повседневных делах (d6) Легкие трудности. Домен не был включен в ИПРП.	Общественная жизнь (d9) Умеренные трудности. Домен не был включен в ИПРП.

Выводы: в результате реализации программы у ребенка установились позитивные социальные отношения. Миша начал демонстрировать привязанность к наиболее значимым взрослым (маме и папе). Иногда инициировал социальное взаимодействие с другими людьми (бабушкой и специалистами).

Ребенок приобрел новые знания и навыки. Произошли улучшения в коммуникации, когнитивном развитии, начали проявляться элементарные игровые навыки.

Миша периодически демонстрирует указательный жест. Появились новые звуки в речи, вокализации стали уместны к конкретным ситуациям,

мама научилась их различать и помогать ребенку. С уже знакомыми игрушками Миша научился играть по назначению. В хорошем настроении даже демонстрирует игру по очереди, может недолго подождать и спокойно принять организующую помощь взрослого. Ребенок приобрел важный для семьи навык использования горшка.

Родители начали чувствовать себя более компетентными в общении с ребенком. Научились правильно с ним взаимодействовать, оказывать помощь.

Почти полностью осознали нарушения в развитии ребенка и как с ними справляться. Понимают сильные стороны Миши, его особенности и способности, адекватно оценивают его состояние, причины определенного поведения и характерные действия.

Понимают, как развивается их ребенок с РАС, развитие каких навыков и способностей нужно поддерживать на каждом этапе. Могут, наблюдая за поведением ребенка, определять, какие изменения произошли в результате программы помощи, обучения, изменения стиля воспитания или домашней обстановки. Родителей можно считать компетентными в вопросах развития и воспитания ребенка с нарушениями.

Далее мы рассмотрим данные полученных результатов диагностики Юлианны С. к окончанию реализации ИПРП. Родители Юлианны повторно заполнили опросник RCDI и нами были выявлены следующие результаты:

Таблица 4

Данные опросника RCDI

Критерии оценивания	Юлианна С.
Социальная сфера	1,9 (отстает)
Самообслуживание	1,8 (отстает)
Крупная моторика	2,5 (слегка отстает)
Тонкая моторика	2,3 (слегка отстает)
Речь	<1,4 (отстает)
Понимание	<1,9 (отстает)

По результатам полученных данных можно увидеть, что у ребенка

произошла небольшая положительная динамика в нескольких областях развития.

Далее нами была организована встреча для итоговой оценки эффективности ИПРП. Оценка проходила в игре ребенка и родителей, специалисты вели наблюдение, оценивали достижение целей, прописанных в ИПРП, и фиксировали результаты в следующей таблице:

ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИПРП

ФИО: Юлианна С. Дата рождения: 08.07.2018

Состав семьи: мама, папа и брат двойняшка

Первичный запрос: был поставлен диагноз РАС, родители хотели научиться взаимодействовать с ребенком

Таблица 5

Итоговая оценка эффективности ИПРП Юлианы С.

<p>Научение и использование опыта (d1)</p> <p>Сохранились умеренные трудности.</p> <p>Достигли только одну цель.</p>	<p>Общие задачи и указания (d2)</p> <p>Сохранились умеренные трудности.</p> <p>Но Юлианна достигла одну цель из трех запланированных в ИПРП.</p>	<p>Мобильность (d4)</p> <p>Легкие трудности.</p> <p>Иногда продолжает демонстрировать ходьбу на носочках.</p>
<p>Коммуникация (d3)</p> <p>Сохранились умеренные трудности.</p> <p>Но Юлианна достигла одну цель из двух запланированных в ИПРП.</p>	<p>Межличностное взаимодействие (d7)</p> <p>Сохранились умеренные трудности.</p> <p>Юлианна достигла одну цель из двух запланированных в ИПРП.</p>	<p>Основные жизненные сферы (d8)</p> <p>Умеренные трудности.</p> <p>Домен не был включен в ИПРП.</p>
<p>Забота о собственном теле и здоровье (d5)</p> <p>Легкие трудности.</p> <p>Юлианна начала пользоваться горшком, родители теперь знакомят её с унитазом.</p> <p>Цель ИПРП достигнута.</p>	<p>Помощь родителям в повседневных делах (d6)</p> <p>Умеренные трудности.</p> <p>Домен не был включен в ИПРП.</p>	<p>Общественная жизнь (d9)</p> <p>Умеренные трудности.</p> <p>Домен не был включен в ИПРП.</p>

Выводы: в результате программы у ребенка частично установились позитивные социальные отношения. Юлианна начала демонстрировать привязанность к наиболее значимым взрослым, начала обращать внимание на присутствие в её жизни брата-двойняшки. Иногда демонстрирует доверие к близким людям.

Девочка приобрела новые знания и умения. Улучшилось двигательное развитие, социально-эмоциональное, коммуникативное и игровые умения. Появились новые функциональные способности: вокализации стали более уместными к конкретной ситуации, появился жест «не хочу». Девочка научилась пользоваться горшком. Начала проявлять интерес к разным игрушкам.

Родители отмечают, что с ребенком стало проще посещать общественные места. В целом улучшилось взаимопонимание между дочерью и родителями. Мама и папа теперь понимают поведение девочки и как оказывать ей определенную помощь.

Родителей можно считать компетентными в вопросах развития и воспитания ребенка с нарушениями, они знают о специфических факторах риска, состоянии ребенка и его нарушении.

Члены семьи:

- понимают, как развивается их ребенок с РАС, развитие каких навыков и способностей нужно поддерживать на каждом этапе;
- отвечают на потребности ребенка, как общего характера (например, в игре, в общении), так и специфического характера, связанные с конкретными особенностями своего ребенка;
- понимают стиль обучения своего ребенка (темп, как долго ребенок может удерживать внимание и т.д.) и его предпочтения;
- могут, наблюдая за поведением ребенка, определять, какие изменения произошли в результате программы помощи, обучения, изменения стиля воспитания или домашней обстановки;
- знают о рекомендованных программах помощи и услугах,

направленных на улучшение состояния ребенка или устранение факторов риска.

Выход из программы ранней помощи происходит, когда ребенок добился достаточного прогресса и в силу развития своих функциональных навыков больше не нуждается в услугах ранней помощи.

Представленные результаты итогового диагностического обследования доказывают положительную динамику в развитии детей раннего возраста с РАС посредством разработки и реализации ИПРП.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 3

В данной главе описаны теоретические принципы и основные направления абилитации детей раннего возраста с ОВЗ. В конце главы представлены результаты контрольного эксперимента по окончании реализации ИПРП для детей раннего возраста с РАС.

Основное место в данной главе занимает описание содержания проведённой нами абилитационной работы с детьми раннего возраста. Главным ориентиром в разработке и реализации индивидуальных программ послужили данные, полученные в ходе констатирующего эксперимента.

Доказательством результативности разработки и реализации ИПРП стала положительная динамика в функционировании детей раннего возраста с РАС. Отмечено приближение детей к возрастной норме по таким направлениям развития, как коммуникативное, двигательное и когнитивное.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В выпускной квалификационной работе с опорой на научно-методическую литературу, представлено научное обоснование психолого-педагогического сопровождения детей раннего возраста с РАС в процессе составления и реализации индивидуальной программы ранней помощи в естественных жизненных ситуациях.

В теоретической части исследования рассмотрены такие аспекты заявленной нами темы, как основные особенности развития детей раннего возраста с РАС, принципы и направления психолого-педагогической абилитации детей раннего возраста с РАС, индивидуальная программа ранней помощи для ребёнка раннего возраста с РАС. Центральное место в работе занимает описание содержания ИПРП и опыт ее применения в практике логопеда-дефектолога, работающего в Центре психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Развитие» города Серова.

Анализ литературных источников по проблеме исследования показал, что психолого-педагогическая абилитация детей раннего возраста с РАС является достаточно новым направлением в сфере ранней помощи данной категории детей и определяется как система различных мероприятий, направленных на развитие детей раннего возраста (от рождения до трёх лет) с уже имеющимся диагнозом РАС или риском появления таких нарушений. Одним из важнейших направлений в процессе оказания ранней помощи является комплекс мер, ориентированных на поддержку родителей таких детей.

Период раннего возраста очень важен для всестороннего развития детей (особенно детей с РАС), их дальнейшей социализации. Значительное количество современных детей в возрасте до 3-х лет находится в зоне риска (дети с перинатальной недоношенностью, с генетическими заболеваниями, дети родителей с отягощённой беременностью, осложнениями

в родах и т. п.). Дизонтогенез проявляется в период интенсивного формирования высших психических функций, возникшие нарушения влияют на дальнейшую социальную адаптацию ребёнка, а значит и на качество его жизни в целом.

Для раннего выявления проблем и успешной абилитации детей с РАС, необходимо иметь достаточные знания о развитии всех сфер ребёнка в онтогенезе и возможных причинах их нарушения.

Целью ИПРП для детей раннего возраста с РАС является раннее выявление проблемы или нарушений в развитии ребёнка и оказание соответствующей помощи ребёнку и его семье. Программы разрабатываются исходя из оценки потребностей ребёнка и его семьи, их возможностей и направлены на развитие всех базовых функциональных навыков, а также любых навыков, которые ребёнок осваивает в течение первых трёх лет жизни. Психолого-педагогическое сопровождение ребёнка раннего возраста с РАС должно быть направлено на улучшение повседневной жизни ребенка и семьи и включено в их естественную повседневную жизнь.

Исходя из гипотезы исследования, что разработанные и реализованные ИПРП для детей раннего возраста с РАС будут способствовать освоению ими необходимых элементарных жизненных навыков (бытовых, гигиенических, коммуникативных), были проведены констатирующий, обучающий и контрольный эксперименты.

Результаты контрольного эксперимента подтвердили исходную гипотезу исследования. Созданные условия, подобранный и апробированный инструментарий обеспечения ИПРП для детей раннего возраста с РАС, формирование жизненных компетенций в ЕЖС как одно из главных направлений, разработанных ИПРП способствовали положительному развитию детей данной группы, улучшению рутин в ЕЖС и приближению к доступной и необходимой коммуникации с ухаживающими взрослыми.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксенова Л. И. Ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья : учеб. пособие. М., 2018. 377 с.
2. Альберто П., Траутман Э. Прикладной анализ поведения : учеб.-метод. пособие для педагогов, учителей-дефектологов, психологов. М., 2015. 656 с.
3. Арушанова А. Г., Иванкова Р. А., Рычагова Е. С. Коммуникация. Развивающее общение с детьми 3-4 лет : метод. пособие. М., 2014. 96 с.
4. Архипова Е. Ф. Ранняя диагностика и коррекция проблем развития. Первый год жизни ребенка : практ. пособие. М., 2012. 160 с.
5. Баенская Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием : (ран. возраст). М., 2021. 112 с.
6. Барбера М. Л. Детский аутизм и вербально-поведенческий подход : обучение детей с аутизмом и связанными расстройствами Екатеринбург, 2014. 303 с.
7. Башина В. М. Аутизм в детстве. М., 1999. 239 с.
8. Башина В. М. Ранний детский аутизм // Исцеление : альманах. М., 1993. С. 154-165
9. Бедельбаева Х. Т. Влияние общения на избирательное отношение детей к «социальным» и «несоциальным» зрительным сигналам // Новые исследования в психологии. 1978. № 2. С. 79-85.
10. Богданова Л. С., Диманис Н. Полный курс раннего развития ребенка : 200 игр для развития памяти, внимания, восприятия, речи, мышления. СПб., 2007. 352 с.
11. Бодалев А. А., Панферов В. Н. Понятие и виды общения // Основы социально-психологической теории : учеб. пособие для вузов / Н. Н. Богомолова [и др.]. М., 1995. С. 110-122.
12. Винарская Е. Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии : кн. для логопеда. М., 1987. 160 с.

13. Выготский Л. С. Вопросы детской психологии. СПб., 1999. 224 с.
14. Выготский Л. С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии. 1996. № 6. С. 62-76.
15. Выготский Л. С. Мышление и речь. М., 1996. 416 с.
16. Горлова О. А. Формирование коммуникативно-речевых умений у детей раннего возраста : автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2012. 23 с.
17. Григорьева Т. А., Обухова Т. И. Ранняя диагностика отклонений в психофизическом развитии детей. Минск, 2000. 69 с.
18. Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет : метод. пособие для практ. психологов / Е. О. Смирнова [и др.]. М., 2002. 128 с.
19. Елагина М. Г. Значение ситуативно-делового общения со взрослыми для становления активной речи у детей // Общение и речь : развитие речи у детей в общении со взрослыми / В. В. Ветрова [и др.] ; под ред. М. И. Лисиной. М., 1985. С. 128-133.
20. Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Логопедия : основы теории и практики. М., 2011. 283 с.
21. Закревская О. В. Развивайся, малыш! Система работы по профилактике отставания и коррекции отклонений в развитии детей раннего возраста. М., 2007. 88 с.
22. Каган В. Е. Аутизм у детей. М., 1981. 190 с.
23. Классификация психических расстройств МКБ-10 : исслед. диагностич. критерии. URL: <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/icd10ps.pdf> (дата обращения: 16.07.2022).
24. Корницкая С. В. Влияние содержания общения на отношение детей раннего возраста к взрослым // Вопросы психологии. 1973. № 4. С. 65-70.
25. Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма : нач. проявления. М., 1991. 96 с.
26. Лебединская К. С., Никольская О. С. Клинико-психологическая

классификация // Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма : нач. проявления. М., 1991. С. 5-10.

27. Лебединская К. С., Никольская О. С., Баенская Е. Р. Работа по развитию речи // Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм / К. С. Лебединская [и др.]. М., 1989. С. 51-58.

28. Леонтьев А. А. Основы психолингвистики : учебник. М., 1997. 287 с.

29. Лисина М. И. Общение, личность и психика ребенка. М. ; Воронеж. 1997. 384 с.

30. Методические рекомендации по созданию системы ранней помощи в структуре доступного и непрерывного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья / Ин-т коррекц. педагогики Рос. Акад. образования. М., 2016. 79 с.

31. Морозов Т. И. Методические рекомендации по коррекции нарушений речевого развития при детском аутизме // Аутизм : метод. рекомендации по психол.-пед. коррекции / под ред. С. А. Морозова. М., 2001. С. 102-131.

32. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития : учеб. для студентов вузов. М., 2007. 640 с.

33. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок : пути помощи : практ. пособие. М., 2019. 289 с.

34. Парыгин Б. Д. Анатомия общения : учеб. пособие. СПб., 1999. 300 с.

35. Педагогика раннего возраста : учеб. пособие / Г. Г. Григорьева [и др.] ; под ред. Г. Г. Григорьевой, Н. П. Кочетовой, Д. В. Сергеевой. М., 1998. 336 с.

36. Печора К. А. Дети раннего возраста в дошкольном учреждении : пособие для воспитателей дошкол. учреждений. М., 2010. 172 с.

37. Пилюгина Э. Г. Занятия по сенсорному воспитанию с детьми раннего возраста : пособие для воспитателя дет. сада. М., 1983. 96 с.

38. Питерси М. Маленькие ступеньки : программа ран. пед. помощи детям с отклонениями в развитии : в 8 кн. М., 2001. Кн. 3. 80 с.
39. Психология общения : энцикл. слов. / под ред. А. А. Бодалева. М., 2011. 599 с.
40. Разенкова Ю. А. Служба ранней помощи - как форма оказания психолого-педагогической и медико-социальной помощи семьям с проблемными детьми младенческого и раннего возрастов // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2010. № 2. С. 35-44.
41. Роджерс С., Доусон Д., Висмара Л. А. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом : как в процессе повседнев. взаимодействия научить ребенка играть, общаться и учиться. Екатеринбург, 2016. 416 с.
42. Роджерс С., Доусон Д. Учебник по Денверской модели раннего вмешательства для детей с аутизмом. Развиваем речь, умение учиться и мотивацию. М., 2019. 430 с.
43. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб., 2017. 704 с.
44. Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте : метод замещающего онтогенеза : учеб. пособие. М., 2007. 474 с.
45. Смирнова Е. О., Галигузова Л. Н., Мещерякова С. Ю. Первые шаги : пример. парциал. образоват. программа для детей ран. возраста. М., 2014. 189 с.
46. Сопровождение проблемного ребенка и его семьи в системе ранней помощи : диагностика и коррекция развития : коррекц.-развивающая работа с детьми с двигател. патологией / Н. А. Александрова [и др.] ; под общ. ред. Ю. А. Разенковой. М., 2012. 214 с.
47. Специальная педагогика : учеб. для вузов / Н. М. Назарова [и др.] ; под ред. Н. М. Назаровой. М., 2013. 384 с.
48. Статья из сборника Хасанова Д. В. Роль денверской модели раннего вмешательства для детей с расстройством аутистического спектра как способ абилитации детей раннего возраста в службе ранней помощи //

Актуальные проблемы обучения и воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья / сост. УрГПУ. Екатеринбург, 2022. С. 234-237.

49. Статья из сборника Хасанова Д. В. Особенности формирования речи у детей раннего возраста с расстройством аутистического спектра // Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза / сост. УрГПУ. Екатеринбург, 2021. С. 603-606.

50. Статья из журнала Хасанова Д. В., Кубасов А. В. Чек-лист для родителей по определению признаков расстройства аутистического спектра у детей полутора-двух лет // журнал Специальное образование. Екатеринбург. 2022. № 3 (67). С. 99-110.

51. Танцюра С. Ю., Кайдан И. Н. Формирование речи у детей с аутизмом : метод. пособие. М., 2020. 64 с.

52. Федорова Г. П. Игра – путь воспитания и развития малыша : колыбельные, пестушки, нар. и авт. игры, двигател.-речевые композиции. СПб., 2007. 77 с.

53. Фрост Л., Бонди Э., Система альтернативной коммуникации с помощью карточек PECS : рук. для педагогов. М., 2011. 416 с.

54. Чепурышкин И. П. Абилизация детей с ограниченными возможностями здоровья // Успехи современного естествознания. 2010. № 3. С. 53-54.

55. Чернецкая Л. В. Развитие коммуникативных способностей у дошкольников : практ. рук. для педагогов и психологов дошкол. образоват. учреждений. Ростов н/Д, 2005. 256 с.

56. Четвертаков К. В. Развивающие игры для малышей. От года до трех лет. М., 2006. 96 с.

57. Чиркина Г. В. К проблеме раннего распознавания и коррекции отклонений речевого развития у детей // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2000. Вып. 2. С. 27-34.

58. Эльконин Д. Б. Детская психология : учеб. пос. М., 2005. С. 384.

59. Эльконин Д. Б. Развитие речи в дошкольном возрасте : (крат.

очерк). М., 1958. 115 с.

60. Янушко Е. А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия : практ. пособие для психологов, педагогов и родителей. М., 2004. 136 с.