

*А.А. Сиротюк, А.С. Сиротюк,  
А.Б. Кузьмин*

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ  
ТЕХНОЛОГИИ АДРЕСНОЙ РАБОТЫ  
С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ, ХРОМОСОМНЫЕ  
И АУТИСТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ**

*программа курсов повышения квалификации  
для руководящих и педагогических работников  
образовательных учреждений*

*Изданное осуществлено за счёт средств  
Федеральной целевой программы развития образования  
на 2011-2015 годы*

**ББК 88.834я73**

**С 40**

Печатается по решению редакционно-издательского совета ГАУ ДПО (ПК) С «Брянский институт повышения квалификации работников образования»

**Авторы:**

**Сиротюк Алла Леонидовна**, заведующая ВТК «Лаборатория «Инклюзивное образование» ГБОУ ДПО Тверской областной институт усовершенствования учителей, доктор психологических наук, профессор

**Сиротюк Анастасия Сергеевна**, научный сотрудник ВТК «Лаборатория «Инклюзивное образование» ГБОУ ДПО Тверской областной институт усовершенствования учителей, кандидат психологических наук

**Кузьмин Александр Борисович**, ректор автономной некоммерческой организации негосударственного дополнительного профессионального образования «Академия повышения квалификации и переподготовки кадров» (АНО «АПКПК»), кандидат психологических наук

**Научный руководитель:**

**Махновец Сергей Николаевич**, директор ГБОУ ДПО Тверской областной институт усовершенствования учителей, доктор психологических наук, профессор

**Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С., Кузьмин А.Б.**

**Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения.** Программа курсов повышения квалификации для руководящих и педагогических работников образовательных учреждений. - Брянск: БИПКРО, 2014. - 120 с.

**ISBN 978-5-98732-147-8**

Редактирование авторское

**ББК 88.834я73**

© Данное издание охраняется законодательством об авторских правах РФ  
Перепечатка без согласия авторов и издательства запрещена

**ISBN 978-5-98732-147-8**

© Сиротюк А.Л. и др., 2014

© Издательство БИПКРО, 2014

# ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

*Возникает вопрос:* можно ли прибегать к образованию глухих, слепых и отсталых, которым из-за физического недостатка невозможно в достаточной мере привить знания?

*Отвечаю:* из человеческого образования нельзя исключать никого, кроме нечеловека.

*Ян Амос Каменский*

**В** последние годы количество детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями неуклонно растет. По данным НИИ детства в России ежегодно:

- рождается 5-8 % детей с наследственной патологией;
- 8-10 % детей имеют приобретенную патологию;
- 4-5 % составляют дети-инвалиды;
- 20 % детей имеют стёртые нарушения развития.

*Интеллектуальные нарушения* определяются как совокупность этиологически различных (наследственных, врожденных и приобретенных в первые годы жизни) непрогрессирующих патологических состояний, выражающихся в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и приводящих к затруднению социальной адаптации.

*Аутизм* является одним из тяжелейших нарушений развития, для которых характерны значительные недостатки социальных и коммуникативных навыков, а также стереотипные интересы, занятия и паттерны поведения. Реабилитация детей с аутистическими расстройствами средствами образования означает восстановление в правах на наследование культурно-исторического и социального опыта; достижение максимально возможной степени интеграции в общество в доступных для него сферах.

*Хромосомные (генные) нарушения* (синдром Дауна, синдром Лежена, синдром Вильямса и т.д.) характеризуются изменением хромосомного (генетического материала). Степень проявления задержки умственного развития у детей с хромосомными (генными) нарушениями зависит как от врождённых факторов, так и от раннего начала коррекционно-развивающих занятий с ребёнком.

**Цель:** повышение квалификации и формирование профессиональной компетентности слушателей по проблеме адресной работы и психолого-педагогического сопровождения детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями.

**Категория слушателей:** руководящие и педагогические работники образовательных учреждений.

**Формы работы:** проблемная лекция, практическое занятие, продук-

тивный семинар; мозговой штурм.

**Форма обучения:** очная.

**Режим занятий:** 6-8 часов в день.

**Место проведения:**

**Общее количество учебных часов:** 72 часа.

**Формы контроля знаний.** Зачетными материалами являются:

*1. Проекты, разработанные слушателями в процессе курсов ПК:*

- Модель доступной инклюзивной развивающей среды образовательного учреждения для детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения.
- Адаптированная образовательная программа для детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями.
- Модель психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями.
- Система профессионального самосовершенствования педагога (руководителя ОУ, психолога, логопеда, дефектолога, воспитателя), работающего с детьми, имеющими с интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения.
- Модель профессиональной деятельности педагога (руководителя ОУ, психолога, логопеда, дефектолога, воспитателя), работающего с детьми, имеющими с интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения.

*2. Мозговой штурм «Модель адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения»*

**Ожидаемые результаты:** формирование общих и специальных профессиональных компетенций руководящих и педагогических работников образовательных учреждений по проблеме реализации психолого-педагогических технологий адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения.

**Раздаточный материал (Кейс):** электронная библиотека по проблеме курсов ПК (учебные и учебно-методические пособия по проблеме курсов).

**Дидактическое и материально-техническое обеспечение занятий:** электронная библиотека по проблеме курсов ПК, пакет научно-методических материалов (по количеству участников семинара), учебные фильмы, презентация MS PowerPoint «Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения», компьютер, проектор.

Программа включает следующие *разделы*:

№ п/п	Раздел	Стр.
1	Титульный лист	
2	Пояснительная записка	
3	Учебно-тематический план	
4	Учебная программа	
5	Рекомендуемая литература	
6	<b>Материалы для проведения теоретических, семинарских и практических занятий</b>	
	<i>Приложение № 1.</i> Нормативно-правовые и концептуальные основы инклюзивного образования детей дошкольного и школьного возраста, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения	
	<i>Приложение № 2.</i> Организация доступной инклюзивной развивающей среды образовательного учреждения для детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями	
	<i>Приложение № 3.</i> Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими <i>интеллектуальные нарушения</i>	
	<i>Приложение № 4.</i> Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими <i>аутистические расстройства</i>	
	<i>Приложение № 5.</i> Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими <i>хромосомные и генные нарушения</i>	
	<i>Приложение № 6.</i> Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих, детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями	
7	<b>Материалы для проведения контрольно-диагностических мероприятий</b>	
	<i>Приложение № 7.</i> Алгоритм проведения мозгового штурма «Модель адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения»	
	<i>Приложение № 8.</i> Система профессионального самосовершенствования педагога, работающего с детьми, имеющими с интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения	
	<i>Приложение № 9.</i> Модель профессиональной деятельности педагога, работающего с детьми, имеющими с интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения	
	<i>Приложение № 10.</i> Модель психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями	
	<i>Приложение № 11.</i> Адаптированная образовательная программа для детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями. Методические рекомендации к составлению адаптированной программы для ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида	

## УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

№ п/п	Тема занятий	Всего	Аудиторные занятия		
			Лекция	Семинары	Практическое занятие
1	Нормативно-правовые и концептуальные основы инклюзивного образования детей дошкольного и школьного возраста, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения	8	2	4	2
2	Организация доступной инклюзивной развивающей среды образовательного учреждения для детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями	12	2	2	8
3	Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими <i>интеллектуальные нарушения</i>	8	2	4	2
4	Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими <i>аутистические расстройства</i>	8	2	4	2
5	Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими <i>хромосомные и генные нарушения</i>	8	2	4	2
6	Разработка адаптированной образовательной программы для детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения	12	2	-	10
7	Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих, детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями	12	2	2	8
8	<i>Аттестация. Мозговой штурм «Модель адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения»</i>	4	-	4	-
<b>Итого:</b>		72	14	24	34

# УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА

## Тема № 1

### **Нормативно-правовые и концептуальные основы инклюзивного образования детей дошкольного и школьного возраста, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения**

*1.1. Актуальность инклюзивного образования.* Актуальность введения инклюзивного образования для детей дошкольного и школьного возраста, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения. Статистика детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения в России.

*1.2. Нормативно-правовые основы инклюзивного образования детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения:*

#### *Международные документы*

- Всеобщая Декларация прав человека (1948).
- Декларация прав ребенка (1959).
- Декларация ООН о правах умственно отсталых лиц (1971).
- Декларация ООН о правах инвалидов (1975).
- Всемирная программа действий в отношении инвалидов (1982).
- Конвенция ООН о правах ребенка (1989).
- Всемирная декларация об образовании для всех (1990).
- Стандартные правила ООН по обеспечению равных возможностей для инвалидов (1993).
- Саламанская декларация о принципах, политике и практических действиях в сфере образования лиц с особыми потребностями (1994).
- Дакарские Рамки действий, принятые Всемирным форумом по образованию (2000).
- Конвенция ООН о правах инвалидов (2006).

#### *Федеральные документы:*

- Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»: ст.18. Право на образование.
- О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами (Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.04.2008 г. № аф-150/06).
- Федеральный закон от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов».
- Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в редакции от 23.07.2013 г.): ст. 34. Основные права обучающихся и меры их социальной поддержки и стимулирования; ст. 44. Права, обязанности и ответственность в сфере образования родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся; ст. 55.

Общие требования к приему на обучение в организацию, осуществляющую образовательную деятельность; ст. 58. Промежуточная аттестация обучающихся; ст. 60. Документы об образовании и (или) о квалификации. Документы об обучении; ст. 79. Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

- Комментарии к Федеральному закону от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

1.3. *Концептуальные основы инклюзивного образования детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения.* Категории детей, которые могут учиться в системе инклюзивного образования. Принципы инклюзивного образования детей. Положительные аспекты инклюзивного образования. Барьеры инклюзивного образования.

## Тема № 2

### **Организация доступной инклюзивной развивающей среды образовательного учреждения для детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями**

2.1. *Нормативно-правовые основы инклюзивного образования детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения:*

#### *Федеральные документы*

- Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2015 годы (Постановление от 17.03.2011 г. №175).

- Целевые индикаторы и показатели Программы. Элементы программы. Проблемы, затрудняющие продвижение программы. Мероприятия программы.

2.2. *Структура и условия организации инклюзивной развивающей среды образовательного учреждения.*

2.3. *Структура и методы развития толерантности у детей дошкольного и школьного возраста по отношению к сверстникам с интеллектуальными хромосомными и аутистическими нарушениями.*

2.4. *Разработка, презентация, обсуждение и корректировка (по выбору):*

- Модели доступной инклюзивной развивающей среды образовательного учреждения для детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения.

- Системы профессионального самосовершенствования педагога, работающего с детьми, имеющими с интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения.

- Модели профессиональной деятельности педагога, работающего с детьми, имеющими с интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения.



## Тема № 3

### Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные нарушения

*3.1. Характеристика детей с умственной отсталостью (олигофренией).* Определение и классификация умственной отсталости по МКБ-10. Характеристика детей с деменцией. Характеристика детей с задержкой психического развития. Характеристика детей с педагогической запущенностью. Отличия детей с умственной отсталостью от детей с деменцией. Отличия детей с умственной отсталостью от детей с задержкой психического развития.

*3.2. Современные технологии адресной работы с умственно отсталыми детьми.*

- *Для учителей.* Современные технологии обучения детей с умственной отсталостью. Педагогическая диагностика детей с умственной отсталостью.

- *Для психологов.* Современные технологии коррекционно-развивающей работы с умственно отсталыми детьми. Психологическая диагностика детей с умственной отсталостью.

- *Для логопедов.* Современные технологии речевого развития умственно отсталых детей. Диагностика речи у умственно отсталых детей.

- *Для дефектологов.* Современные технологии развития мышления у умственно отсталых детей. Диагностика мышления у умственно отсталых детей.

## Тема № 4

### Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими аутистические расстройства

*4.1. Характеристика детей с аутистическими расстройствами.* Определение и классификация аутизма по МКБ-10: F84. Общие расстройства психологического характера; F84.0. Детский аутизм; F84.1. Атипичный аутизм, F84.2. Синдром Ретта, F84.3. Другое дезинтегративное расстройство детского возраста; F84.4. Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями, F84.5. Синдром Аспергера, F84.8. Другие общие расстройства развития, F84.9. Общее расстройство развития неуточненное. Синдром Саванта. Причины возникновения и развития аутизма. Особые дети – особый взгляд на мир: сочинения и рисунки аутичных детей. Специальный федеральный государственный стандарт специального образования детей с нарушениями развития аутистического спектра (рабочие материалы)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Никольская О.С. Специальный федеральный государственный стандарт специального образо-

4.2. *Современные технологии адресной работы с детьми, имеющими аутистические расстройства.*

- *Для учителей.* Современные технологии обучения аутичных детей. Педагогическая диагностика аутичных детей.

- *Для психологов.* Современные технологии коррекционно-развивающей работы с аутичными детьми. Психологическая диагностика аутичных детей.

- *Для логопедов.* Современные технологии речевого развития аутичных детей. Диагностика речи у аутичных детей.

- *Для дефектологов.* Современные технологии развития мышления у аутичных детей. Диагностика мышления у аутичных детей.

4.3. *Просмотр и обсуждение учебных фильмов «Дети дождя», «Антон тут рядом».*

## **Тема № 5**

### **Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими хромосомные и генные нарушения**

Классификация детей с наследственными заболеваниями (генные, хромосомные, мультифакторные болезни). Факторы риска возникновения наследственных заболеваний. Признаки хромосомных нарушений.

5.1. *Синдром Дауна.* Определение и классификация синдрома Дауна (регулярная трисомия, транслокационная форма, мозаицизм). Частота рождаемости детей с синдромом Дауна. Фенотипические признаки, сопутствующие заболевания, особенности психического развития (интеллект, восприятие, внимание, память, воображение, речь, мышление) детей с синдромом Дауна. История изучения синдрома Дауна. Синдром Дауна в живописи и скульптуре. Методы (технологии) коррекционно-развивающей работы с людьми с синдромом Дауна: плавание, зоотерапия (иппотерапия, дельфинотерапия), методики ранней помощи, методики развития речи, методики обучения чтению, математики, искусствотерапия, независимое проживание. Потенциал людей с синдромом Дауна.

5.2. *Синдром Вильямса.* Причины возникновения, частота рождаемости. Признаки, характерные для синдрома Вильямса. Особенности психического развития детей с синдромом Вильямса.

5.3. *Синдром Лежеса.* Причины возникновения, частота рождаемости. Признаки, характерные для синдрома Вильямса. Особенности психического развития детей с синдромом Вильямса.

5.4. *Современные технологии адресной работы с детьми, имеющими хромосомные и генные нарушения.*

*Для учителей.* Современные технологии обучения детей, имеющих хромосомные и генные нарушения. Педагогическая диагностика детей, имеющих хромосомные и генные нарушения.

*Для психологов.* Современные технологии коррекционно-развивающей работы детьми, имеющими хромосомные и генные нарушения. Психологическая диагностика детей, имеющих хромосомные и генные нарушения.

*Для логопедов.* Современные технологии речевого развития детей, имеющих хромосомные и генные нарушения. Диагностика речи у детей, имеющих хромосомные и генные нарушения.

*Для дефектологов.* Современные технологии развития мышления у детей, имеющих хромосомные и генные нарушения. Диагностика мышления у детей, имеющих хромосомные и генные нарушения.

*5.5. Просмотр и обсуждение учебных фильмов «Театр простодушных», «Возрастные особенности детей с синдромом Дауна», «Люди с синдромом Дауна».*

## **Тема № 6**

### **Разработка адаптированной образовательной программы для детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения (работа в подгруппах)**

*6.1. Разработка адаптированной образовательной программы для детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения (по выбору группы).* Паспорт Программы. Концептуальные основы работы с детьми с различными видами ОВЗ. Характеристика режима образовательного процесса для детей с ОВЗ. Научно-методическое, кадровое и материально-техническое обеспечение образовательного процесса обучающихся с ОВЗ. Анализ образовательного пространства ДОУ/ОУ (доступная среда, инклюзивная развивающая среда). Управление инклюзивным образовательным процессом. Функции координатора по инклюзии. Работа междисциплинарной педагогической команды. Психолого-медико-педагогический консилиум ДОУ/ОУ.

*6.2. Презентация, обсуждение и корректировка адаптированных образовательных программ для детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями.*

## Тема № 7

### Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями

7.1. *Характеристика семей, воспитывающих детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями. Стадии реагирования родителей на диагноз ребенка. Качественные изменения в семьях детей с различными нарушениями. Стили внутрисемейного воспитания детей с различными нарушениями. Модель работы по формированию позиции родителей к детям с различными нарушениями.*

7.2. *Разработка, презентация, обсуждение и корректировка программы психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями.*

7.3. *Просмотр и обсуждение учебного фильма «Переменная облачность».*

## Тема № 8

### Мозговой штурм

#### «Модель адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения»

##### *Алгоритм проведения мозгового штурма:*

- Познакомьтесь с темой, процедурой и правилами проведения мозгового штурма.
- Выберите секретаря, который будет записывать все ваши идеи без редактирования и оценки.
- Соблюдайте правила: отсутствие критики и оценивания, поощрение идей, равноправие участников, свобода ассоциаций.
- Выдвигайте как можно большее количество идей для решения предложенной проблемы.
- Обсудите все идеи (!).
- Систематизируйте и выберите лучшие (эффективные) идеи.
- Разработайте модель (систему, программу, алгоритм и т.д.), которая могла бы, по вашему мнению, решить поставленную проблему.
- Проведите презентацию своей разработки для всех участников группы.

## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Августова Р.Т. Говори! Ты это можешь. М., 2002.
2. Аутизм /Под. ред. проф. Э.Г. Улумбекова. М., 2002.
3. Безруких М.М., Ефимова С.П. Ребенок идет в школу. Проблемы психологической адаптации. М., 1996.
4. Брѐзе Б. Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательных школах. М., 1981.
5. Гаврилушкина О.П., Соколова Н.Д. Воспитание и обучение умственно отсталых дошкольников. М., 1989 г.
6. Гилевич И.М., Забара Е.А., Ипполитова М.В. и др. Дети с отклонениями в развитии. М., 1997.
7. Грозная Н.А. Преодоление отклоняющегося поведения у детей с синдромом Дауна // Синдром Дауна XXI век. 2010. №2 (5). С. 26-33.
8. Дети с нарушениями общения /Под ред. К.С. Лебединской, О.С. Никольской, Е.Р. Баенской. М., 1989.
9. Детский аутизм: Хрестоматия /Сост. Л.М. Шипицына. СПб., 2001.
10. Джонсон-Мартин Н.М., Дженс К.Г. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. СПб, 2005.
11. Екжанова Е. А., Стребелева Е. А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. М., 2005.
12. Забрамная С.Д. Ваш ребенок учится во вспомогательной школе. М., 1990.
13. Кривошей Б.З., Фастова-Морозова Р.А. Обойденные жизнью. СПб., 2005.
14. Лаутеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. М.: Монолит, 2003.
15. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М., 1991.
16. Леонтьева Е.Г. Доступная среда глазами инвалида. Екатеринбург, 2001.
17. Малофеев Н.Н. Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения //Дефектология. № 5. 2005.
18. Малофеев Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа. М., 2009.
19. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. СПб., 2003.
20. Назарова Н.М. Закономерности развития интеграции как социального и педагогического феномена //Компенсующее обучение: опыт, проблемы, перспективы. М., 1996.
21. Нарушения психического развития в детском возрасте /Под ред. В.В. Лебединского. М., 2004.
22. Никольская О.С. Специальный федеральный государственный стандарт специального образования детей с нарушениями развития аутистического спектра (рабочие материалы) //Альманах института коррекционной педагогики. 2013. №13.
23. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. М., 2000.
24. Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях: Методические рекомендации /Под ред. С.В. Алехина. М.: МГППУ, 2012. 92 с.
25. Пасторова А.Ю. Психофизиологические и психологические особенности адаптации старших дошкольников с обычным развитием в группах интеграции. СПб., 2006.
26. Питерси М., Трилор Р., Маленькие ступеньки: программа ранней педагогической помощи детям. М.: Институт общегуманитарных исследований, Ассоциация

Даун Синдром, 2001.

27. Поле Е.В., Жиянова П.Л., Нечаева Т.Н. Формирование основных двигательных навыков у детей с синдромом Дауна. М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2010.

28. Пузанов Б. П. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития. М., 2003.

29. Разработка и реализация индивидуальной образовательной программы для детей с ограниченными возможностями здоровья в начальной школе. Методические рекомендации для учителей начальной школы /Под ред. Е.В. Самсоновой. М., 2012. 84 с.

30. Ратнер Л.Ф., Юсупов А.Ю. Интегрированное обучение детей с ограниченными возможностями в обществе здоровых детей. М., 2006.

31. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. М., 1970.

32. Руководство по раннему обучению (Портедж, США). СПб.: «XXI век», 1995.

33. Руководство по раннему обучению (Портедж, США). СПб.: Институт раннего вмешательства, 1992.

34. СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях».

35. Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С. Современная методика развития детей от рождения до 9 лет. М., 2009.

36. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста /Под ред. С.Ю. Циркина. СПб, 2001.

37. Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика М., 2002.

38. Терентьева К.Ю. Использование жестов при изучении букв и звуков русского языка //Синдром Дауна XXI век. 2011. №2 (7). С.42-46.

39. Урядницкая Н.А. Самостоятельность во всем //Синдром Дауна XXI век. 2010. №1 (4). С.21-24.

40. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (Приказ Министерства образования и науки РФ от 17.10.2013 г. №1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования»).

41. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования (приказ Министерства образования и науки РФ от 06.10.2009 г. №373) «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования»).

42. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

43. Фирсов З.П. Плавать раньше, чем ходить. М.: Физкультура и спорт, 1978.

44. Фуряева Т.В. Педагогика интеграции за рубежом. Красноярск, 2005.

45. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. М., 2005.

46. Шевченко С. Г. Коррекционно – развивающее обучение. М., 2001.

47. Шипицина Л.М. Детский аутизм. М., 2001.

48. Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Генетические механизмы нарушения психики: хромосомные и геномные болезни //Электронный журнал «Психологическая наука и образование». 2010. № 5. С.277-285.

49. Янушатец Н.Ю. Плавать раньше, чем ходить. СПб.: Питер, 2003.

50. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. М., 2004.

51. Ярская-Смирнова Е.Р., Лошакова И.И. Инклюзивное образование детей-инвалидов //Социологические исследования. 2003. № 5.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ

### Приложение 1

#### **Нормативно-правовые и концептуальные основы инклюзивного образования детей дошкольного и школьного возраста, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения**

##### *Международные документы:*

- Всеобщая Декларация прав человека (1948).
- Декларация прав ребёнка (1959).
- Декларация ООН о правах умственно отсталых лиц (1971).
- Декларация ООН о правах инвалидов (1975).
- Всемирная программа действий в отношении инвалидов (1982).
- Конвенция ООН о правах ребенка (1989).
- Всемирная декларация об образовании для всех (1990).
- Стандартные правила ООН по обеспечению равных возможностей для инвалидов (1993).
- Саламанская декларация о принципах, политике и практических действиях в сфере образования лиц с особыми потребностями (1994).
- Дакарские Рамки действий, принятые Всемирным форумом по образованию (2000).
- Конвенция ООН о правах инвалидов (2006).
- Саламанская декларация о принципах, политике и практических действиях в сфере образования лиц с особыми потребностями (1994).
- Конвенция ООН о правах инвалидов (2006).

*Статья 24.* «...государство обязано обеспечить равный доступ для всех детей с инвалидностью к образованию, и это должно происходить путем обеспечения инклюзивности системы образования».

##### *Федеральные документы:*

Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

*Статья 18.* Право на образование. Образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения, органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение инвалидами среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации.

О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами (Письмо Министерства образования и науки РФ от 18.04.2008 г. № аф-150/06).

*Формы и степень образовательной интеграции ребенка с ограни-*

*ченными возможностями здоровья могут варьироваться в зависимости от степени выраженности недостатков его психического и (или) физического развития.*

Например, дети, уровень психофизического развития которых в целом соответствует возрастной норме, могут на постоянной основе обучаться по обычной образовательной программе в одном классе со сверстниками, не имеющими нарушений развития, при наличии необходимых технических средств обучения.

При этом число детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в обычном классе, как правило, не должно превышать 3 - 4 человек.

Федеральный закон от 03.05.2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». В соответствии с Конвенцией, образование должно быть направлено на развитие умственных и физических способностей в самом полном объеме; обеспечение инвалидам возможности эффективно участвовать в жизни свободного общества; доступ инвалидов к образованию в местах своего непосредственного проживания, при котором обеспечивается разумное удовлетворение потребностей лица; предоставление эффективных мер индивидуальной поддержки в общей системе образования, облегчающих процесс обучения; создание условий для освоения социальных навыков; обеспечение подготовки и переподготовки педагогов.

Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в редакции от 23.07.2013 г.).

*Статья 34. Основные права обучающихся и меры их социальной поддержки и стимулирования.*

1. Обучающимся предоставляются академические права на:

- *предоставление условий для обучения с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в том числе получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медико-педагогической коррекции;*

- *обучение по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренное обучение, в пределах осваиваемой образовательной программы в порядке, установленном локальными нормативными актами.*

*Статья 44. Права, обязанности и ответственность в сфере образования родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся.*

1. Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся имеют право:

- *присутствовать при обследовании детей психолого-медико-педагогической комиссией, обсуждении результатов обследования и рекомендаций, полученных по результатам обследования, высказывать свое мнение относительно предлагаемых условий для организации обучения и воспитания детей.*



2. Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся обязаны:

- обеспечить получение детьми общего образования.

*Статья 55.* Общие требования к приему на обучение в организацию, осуществляющую образовательную деятельность.

Прием на обучение по основным общеобразовательным программам и образовательным программам среднего профессионального образования за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов проводится на общедоступной основе, если иное не предусмотрено настоящим Федеральным законом. Дети с ограниченными возможностями здоровья принимаются на обучение *по адаптированной основной общеобразовательной программе* только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии.

*Статья 58.* Промежуточная аттестация обучающихся.

Обучающиеся в образовательной организации по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности с момента ее образования, по усмотрению их родителей (законных представителей) оставляются на повторное обучение, переводятся на обучение *по адаптированным образовательным программам* в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии либо на обучение по индивидуальному учебному плану.

*Статья 60.* Документы об образовании и (или) о квалификации. Документы об обучении.

Лицам с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся *по адаптированным основным общеобразовательным программам*, выдается свидетельство об обучении по образцу и в порядке, которые устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования.

*Статья 79.* Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

1. Содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются *адаптированной образовательной программой*, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

2. Общее образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в организациях, осуществляющих образовательную деятельность *по адаптированным основным общеобразовательным программам*. В таких организациях создаются специальные условия

для получения образования указанными обучающимися.

5. Отдельные организации, осуществляющие образовательную деятельность *по адаптированным основным общеобразовательным программам*, создаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами и других обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

8. Профессиональное обучение и профессиональное образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе *образовательных программ, адаптированных при необходимости для обучения указанных обучающихся*.

*Статья 79.* Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

*Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья в настоящем Федеральном законе понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя:*

- использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания,
- специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов,
- специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования,
- предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь,
- проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий,
- обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность,
- и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

*Статья 79.* Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

При получении образования обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная *литература, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков*. Указанная мера социальной поддержки является расходным обязательством субъекта Российской Федерации в отношении таких обучающихся, за исключением обучающихся за

счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Для инвалидов, обучающихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, обеспечение этих мер социальной поддержки является расходным обязательством Российской Федерации.

Государство в лице уполномоченных им органов государственной власти Российской Федерации и органов государственной власти субъектов Российской Федерации *обеспечивает подготовку педагогических работников, владеющих специальными педагогическими подходами и методами обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, и содействует привлечению таких работников в организации, осуществляющие образовательную деятельность.*

- Комментарии к Федеральному закону от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

### ***Концептуальные подходы к образованию детей с ОВЗ.***

По степени инклюзии выделяют следующие виды образования:

- *Дистанционное образование* – обучение детей с ОВЗ на дому посредством компьютерных технологий.

- *Сегрегационное образование* (от лат. «segregatio» - отделение) - образование детей с ОВЗ в учреждениях интернатного типа.

- *Интегрированное образование* (от лат. «integratio» - соединение, восстановление) - образование детей с ОВЗ в ДОУ компенсирующего/комбинированного вида и коррекционных классах общеобразовательной школы.

- *Инклюзивное (включенное) образование* (от франц. «inclusif» - включающий в себя; от лат. «include» - заключаю, включаю) - совместное образование детей с ОВЗ и нормативно развивающихся сверстников в общеобразовательных учреждениях; обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Категории детей, которые могут учиться в системе инклюзивного образования.

В системе инклюзивного образования могут обучаться только *дети с сохранным интеллектом*, имеющие нарушения слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы.

Вопрос об инклюзии детей с сенсорными, двигательными, интеллектуальными, хромосомными, аутистическими и др. нарушениями должен решаться строго *индивидуально*.

Принципы инклюзивного образования детей с ОВЗ:

- 1) Ценность человека не зависит от его способностей и достижений.
- 2) Каждый человек способен чувствовать и думать.
- 3) Каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным.
- 4) Все люди нуждаются друг в друге.
- 5) Подлинное образование может осуществляться только в контек-

сте реальных взаимоотношений.

6) Все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников.

7) Для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут.

8) Разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

Положительные аспекты инклюзивного образования.

Детям с ОВЗ: Оптимальные условия социализации и полноценного развития, сопровождение ребенка профильными специалистами, общение со сверстниками.

Нормально-развивающимся школьникам: Опыт преодоления своих ограничений, ценность здоровья, формирование толерантности (терпимости, милосердия, взаимоуважения).

Воспитателям ДОУ, учителям ОУ, преподавателям ПОУ: Поиск новых методов преподавания, новая педагогическая позиция, формирование толерантности.

Школе: Новые ценности, новое оборудование, новые образовательные технологии, гибкая адаптивная инклюзивная образовательная среда.

Семье: Обучение и развитие ребёнка с ОВЗ рядом с домом, развитие ответственной родительской позиции, социализация семьи.

Обществу: Общественная безопасность, гражданские свободы, равные права, ценность человеческого достоинства и индивидуальности, формирование толерантности у членов общества.

Барьеры инклюзивного образования:

1) Недостаточное количество во всех субъектах РФ специалистов (психологов, дефектологов, логопедов, сурдопедагогов, тифлопедагогов).

2) Несформированность толерантного отношения российского общества к детям (людям) с ОВЗ.

3) Отсутствие гибких образовательных стандартов.

4) Отсутствие индивидуальных программ обучения, индивидуального режима обучения.

5) Несоответствие учебных планов и содержания обучения массовой школы особым образовательным потребностям ребенка с ОВЗ.

6) Отсутствие специальной подготовки педагогического коллектива образовательного учреждения, незнание основ коррекционной педагогики и специальной психологии.

7) Отсутствие у педагогов массовых школ представлений об особенностях психофизического развития детей с ОВЗ, методиках и технологии организации образовательного и коррекционного процесса.

8) Недостаточное материально-техническое оснащение общеобразовательного учреждения под нужды детей с ОВЗ (отсутствие пандусов, лифтов, специального учебного, реабилитационного, медицинского оборудования, специально оборудованных учебных мест, в том числе для дистанционного обучения).

9) Отсутствие методических материалов (поурочные разработки,

планирование, конспекты занятий, технологические карты).

Десять общих правил этикета при общении с детьми с ОВЗ:

1) Когда Вы разговариваете с ребенком с ОВЗ, обращайтесь непосредственно к нему, а не к сопровождающему или сурдопереводчику, которые присутствуют при разговоре.

2) Когда Вас знакомят с ребенком с ОВЗ, вполне естественно пожать ему руку - даже те, кому трудно двигать рукой, или те, кто пользуется протезом, вполне могут пожать руку - правую или левую, что вполне допустимо.

3) Когда Вы встречаетесь с ребенком, который плохо видит или совсем не видит, обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с Вами. Если у Вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент Вы обращаетесь и назвать себя.

4) Если Вы предлагаете помощь, ждите, пока ее примут, а затем спрашивайте, что и как делать. Если Вы не поняли, не стесняйтесь - переспросите.

5) Называть людей с ОВЗ по имени или «на ты» можно, только если Вы хорошо знакомы.

6) Опирайтесь или повиснуть на чьей-то инвалидной коляске - то же самое, что опираться или повиснуть на ее обладателе. Инвалидная коляска - это часть неприкасаемого пространства ребенка, который ее использует.

7) Разговаривая с ребенком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. Будьте терпеливы, ждите, пока он сам закончит фразу. Не поправляйте и не договаривайте за него. Никогда не притворяйтесь, что Вы поняли, если на самом деле это не так.

8) Когда Вы говорите с ребенком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположитесь так, чтобы Ваши и его глаза были на одном уровне. Вам будет легче разговаривать, а Вашему собеседнику не понадобится запрокидывать голову.

9) Чтобы привлечь внимание ребенка, который плохо слышит, помашите ему рукой или похлопайте по плечу. Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко, хотя имейте в виду, что не все дети, которые плохо слышат, могут читать по губам. Разговаривая с теми, кто может читать по губам, расположитесь так, чтобы на Вас падал свет, и Вас было хорошо видно, постарайтесь, чтобы Вам ничего (еда, сигареты, руки) не мешало.

10) Не смущайтесь, если случайно сказали: «Увидимся» или: «Вы слышали об этом...?» тому, кто на самом деле не может видеть или слышать.

Мифы об инклюзивных школах:

*1-й миф:* Инклюзия – это красивое название системы, при которой все ученики свалены «в одну кучу».

*2-й миф:* Ученики, которые имеют специальные образовательные потребности и нуждаются в какой-то поддержке, не будут этого получать в должной мере.

*3-й миф:* Инклюзия означает, что все ученики должны проводить все учебное время в классе.

*4-й миф:* Дети с ОВЗ в классе – это изгои. Над ними издеваются одноклассники.

*5-й миф:* Учителя не знают, как учить детей с ОВЗ и боятся, что если они сделают какую-то ошибку или эти дети не будут учиться, на них будут жаловаться.

*6-й миф:* Обычные ученики будут отвлекаться в то время, как учитель будет заниматься с учениками с ОВЗ, и им будет уделяться меньше внимания.

*7-й миф:* Когда ученики с ОВЗ находятся в классе со всеми, уровень преподаваемых знаний снижается, чтобы приспособиться к способностям детей с ОВЗ.

*8-й миф:* Ученики с ОВЗ должны общаться с другими детьми с такой же или похожей проблемой. В общем классе им не будет хватать этого общения.

*9-й миф:* Инклюзивные школы – хорошая идея, но ее невозможно воплотить. Для учителей и директоров школ это слишком сложно.

*10-й миф:* Инклюзия – это слишком дорого и стоит дороже традиционного специального образования.

**Организация доступной инклюзивной развивающей среды образовательного учреждения для детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями**

***Федеральные документы:***

Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 г. *Постановление от 17.03.2011 г. № 175.*

*Целевые индикаторы и показатели Программы РФ «Доступная среда»:*

– *Доля общеобразовательных учреждений, в которых создана универсальная безбарьерная среда, позволяющая обеспечить совместное обучение инвалидов и лиц, не имеющих нарушений развития, в общем количестве общеобразовательных учреждений.*

– *Одним из приоритетных направлений государственной политики должно стать создание условий для предоставления детям-инвалидам с учетом особенностей их психофизического развития равного доступа к качественному образованию в общеобразовательных и других образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы общего образования, и с учетом заключений ПМПК.*

*Элементы программы:*

– Приспособление физической среды.  
– Подготовка педагогов.  
– Разработка системы оказания индивидуальной и дополнительной поддержки.

– Разработка индивидуальных планов обучения.  
– Разработка принципов и процедуры оценки и аттестации учащихся, обучающихся по таким планам.

– Проблемы, затрудняющие продвижение программы:  
– Неориентированность стандартов общего образования на обучение детей с ОВЗ.

– Неучтённость разного уровня потребностей и нужд детей в зависимости от степени ОВЗ при организации целевого финансирования.

*Мероприятия Программы РФ «Доступная среда»:*

– Проведение обучающих мероприятий для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий и образовательных учреждений по реализации индивидуальной программы реабилитации ребёнка-инвалида в части получения детьми-инвалидами образования в обычных образовательных учреждениях:

– Подготовка специалистов: 2011 г. – 900 специалистов; 2012 г. – 1350 специалистов; 2013 г. – 1500 специалистов; 2014 г. – 9450 специалистов; 2015 год – 10800 специалистов. Финансирование – 192 млн руб.

## **Инклюзивная развивающая среда образовательного учреждения**

### **Структура инклюзивной развивающей среды образовательного учреждения.**

*Методологический компонент:* принципы организации среды: договоренность, согласие и взаимные обязательства семьи, общества и государства; информативность, вариативность, полифункциональность, трансформируемость и психологическая целесообразность среды.

*Материально-технический компонент:* материалы и оборудование для осуществления профессиональной деятельности психолога; безбарьерное пространство, доступное для детей с ОВЗ.

*Информационно - методический компонент:* средства профессиональной деятельности, документация, научно-методическая литература, интернет-ресурсы и т.д.

*Психологический компонент:* полисубъектное взаимодействие специалистов помогающих профессий, нормативно развивающихся детей дошкольного возраста, детей дошкольного возраста с ограниченными возможностями здоровья, родителей; толерантность всех участников инклюзивного развивающего процесса по отношению к детям с ОВЗ; учет закономерности психического развития детей дошкольного возраста, специфики дефекта детей с ОВЗ, психологических особенностей мальчиков и девочек.

### **Психолого-медико-педагогическая экспертиза (ПМПК)**

*Психолого-медико-педагогическая комиссия* осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинко-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти.

*Основные категории жизнедеятельности человека это способность к:*

- самообслуживанию;
- самостоятельному передвижению;
- ориентации;
- общению;
- контролировать своё поведение;
- обучению;
- трудовой деятельности;
- обучению.



*Способность к обучению* - способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

*1 степень* - способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий.

*2 степень* - способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников, детей с ограниченными возможностями здоровья или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий.

*3 степень* - неспособность к обучению.

*Индивидуальный образовательный маршрут* - это движение в образовательном пространстве, создаваемом для ребёнка с ОВЗ и его семьи при осуществлении образовательного и психолого-педагогического сопровождения в конкретном образовательном учреждении специалистами различного профиля с целью реализации индивидуальных особенностей развития.

*Внешние* индивидуальные образовательные маршруты могут составляться в рамках образовательного пространства региона, муниципалитета, города и т.д. и определяются ПМПК.

*Внутренние* индивидуальные образовательные маршруты составляются внутри одного образовательного учреждения и определяются ПМПк (малый консилиум образовательного учреждения).

*Факторы, определяющие выбор индивидуального образовательного маршрута:*

- возраст ребёнка;
- состояние здоровья;
- уровень готовности к освоению образовательной программы;
- возможность раннего выявления проблем в развитии ребенка и своевременного обращения к специалистам;
- особенности, интересы и потребности ребенка и его семьи в достижении необходимого образовательного результата;
- профессионализм специалистов образовательных учреждений;
- возможности образовательного учреждения удовлетворить специальные и особые образовательные потребности детей;
- возможности материально-технической базы образовательного учреждения;
- возможность и желание семьи взаимодействовать со специалистами и продолжать занятия ребенком дома;

- наличие в регионе (муниципалитете, городе), где проживает семья, специальных (коррекционных) и других образовательных учреждений.

*Пример индивидуального образовательного маршрута для ребенка с ОВЗ:*

- Направления работы педагога.
- Разработка и апробация новых форм многоуровневой подачи учебного материала и организации урока (занятия).
- Разработка индивидуальных образовательных маршрутов и планов.
- Организация работы междисциплинарной команды специалистов.
- Создание системы формирования толерантности обучающихся (воспитанников).
- Создание условий общей доступности образовательной организации.

## Проект специального ФГОС для детей с ОВЗ: уровни образования

**I уровень – цензовый.** В целом соответствует уровню образования здоровых сверстников к моменту завершения школьного образования, предполагая при этом и удовлетворение особых образовательных потребностей детей с ОВЗ, как *в академическом компоненте*, так и в области *жизненной компетенции ребенка*.

**II уровень школьного образования – нецензовый.** Изменен в сравнении с уровнем образования здоровых сверстников за *счет значительного редуцирования его академического компонента и специфического расширения области развития жизненной компетенции ребенка*.

**III уровень школьного образования – нецензовый.** *Академический компонент редуцируется до полезных ребенку элементов академических знаний*, но при этом максимально расширяется область развития его жизненной компетенции за счет формирования доступных ребенку базовых навыков коммуникации, социально-бытовой адаптации, готовя его, насколько это возможно, к активной жизни в семье и социуме.

**IV уровень школьного образования**, также **нецензовый**, и академический компонент значительно ограничен и углублен в область развития жизненных компетенций, при этом единственно возможной является индивидуализация образовательного процесса.



**Малофеев Н.Н., Кукушкина О.И., Никольская О.С., Гончарова Е.Л.**  
**Концепция Специального Федерального государственного образовательного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья.**  
М.: Просвещение, 2013. 42 с.

*(Продолжение)*

Для каждой категории детей с ОВЗ требуется дифференциация специального образовательного стандарта - разработка вариантов, на практике обеспечивающих:

- охват всех детей образованием, соответствующим их возможностям и потребностям;
- преодоление существующих ограничений в получении образования, вызванных тяжестью нарушения психического развития и неспособностью ребёнка к освоению цензового уровня образования, а также ограничений в получении специальной помощи детьми с ОВЗ, включёнными в общий образовательный поток.



**Никольская О.С.**  
**Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт начального образования для детей с расстройствами аутистического спектра: проект.**  
М.: Просвещение, 2013. 29 с.

В издании в соответствии с логикой и структурой Концепции СФГОС для детей с ограниченными возможностями здоровья представлены материалы, в которых формулируются особые образовательные потребности детей с аутизмом, обсуждаются показанные им формы школьного образования. Подробно обосновываются специфика структуры образовательной программы, необходимость акцентуации в ней компонента «жизненной компетенции», специфика оценки результатов освоения образовательной программы, условий, необходимых для получения образования.

Совокупность всех материалов, включённых в настоящее издание, позволит специалистам получить представление о том, что для охвата всех детей с аутизмом школьным образованием требуется его дифференциация, позволяющая ввести в школу детей вне зависимости от тяжести нарушения развития и возможностей освоения цензового уровня образования.





**Коробейников И.А., Инденбаум Е.Л., Бабкина Н.Б.**  
**Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт начального образования детей с задержкой психического развития: проект.**  
**М.: Просвещение, 2013. 48 с.**

В издании, в соответствии с логикой и структурой Концепции СФГОС для детей с ограниченными возможностями здоровья, представлены материалы, отражающие общие предпосылки и обоснование необходимости разработки дифференцированных стандартов образования, учитывающих выраженную неоднородность образовательных возможностей детей, объединяемых в категорию ЗПР.

Подробно описаны особые образовательные потребности детей с ЗПР, требования к структуре основной образовательной программы, к содержанию основных её компонентов, рекомендуемые варианты стандарта, учитывающие диапазон типологических различий внутри данной категории детей. Также представлены рекомендации по содержанию и организации психологического сопровождения детей с ЗПР, интегрируемых в общеобразовательную среду.



**Зыкова Т.С., Зыкова М.А., Соловьева Т.А.**  
**Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт начального образования глухих детей: проект.**  
**М.: Просвещение, 2013. 59 с.**

Специальный Федеральный государственный образовательный стандарт (СФГОС) начального образования глухих детей определяет нормативы, соблюдение которых обеспечивает единство образовательного пространства, а также интеграцию личности неслышащего в систему отечественной и мировой культуры. Основными объектами стандартизации являются структура образования, его содержание, объём учебной нагрузки и уровень подготовки обучающихся.

Проект СФГОС для глухих детей включает в себя определение цели образования, разработку требований к результатам начального образования, требований к структуре образовательных программ и требований к условиям получения начального общего образования для указанной категории детей с нарушенным слухом.



## Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные нарушения

### *Исторические аспекты.*

Первые упоминания о людях с интеллектуальными нарушениями были обнаружены у римлян, которые иногда держали «дураков» для развлечения домовладельцев и их гостей. Эти люди находились на содержании у богатых, и с ними неплохо обращались.

XVI в.- Мартин Лютер, немецкий теолог, отец Реформации 1517 года, объяснял, как странная внешность и поведение ребенка (наиболее вероятно, ребенка с умственной отсталостью, но это заболевание еще не было известно в то время) связаны с одержимостью дьяволом.

XX в. - Президент Джон Кеннеди, сестра которого страдала задержкой психического развития, сформировал Президентскую Комиссию по умственной отсталости в 1962 году и создал национальную программу для борьбы с умственной отсталостью.

### **1. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ**

#### **Характеристика детей с умственной отсталостью (олигофренией)**

##### *Распространенность.*

По данным Всемирной организации здравоохранения, умственной отсталостью страдает около 3 % всего населения Земли. В последние годы наблюдается увеличение количества умственно отсталых людей (это объясняется большей выживаемостью детей с нарушениями ЦНС).

Соотношение мужчин и женщин колеблется от 1,5:1 до 2:1.

**Умственная отсталость** (от древнегреческого «ὀλίγος» - малый; «φρήν» - ум, разум) - стойкое, необратимое недоразвитие уровня психической, в первую очередь интеллектуальной деятельности, связанное с врожденной или приобретенной (деменция) органической патологией головного мозга.

**Умственная отсталость** - это состояние неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальных способностей:

- когнитивных;
- речевых;
- моторных;
- социальных.

Умственная отсталость может сопровождаться любым другим психическим или соматическим расстройством; либо возникать без него.

Термин «олигофрения» был впервые введен в XIX веке немецким психиатром Эмилем Крепелином.



*Эмиль Крепелин (1856–1926)*

### **Классификация умственной отсталости по МКБ-9:**

**Дебильность** («смотрящий сквозь мутное окно»):

- умственная отсталость в такой степени, когда ребенок может обучаться по специальным коррекционным образовательным программам во вспомогательной школе, овладевать несложными рабочими профессиями.

**Имбицильность** («имбиз» - не может существовать без помощи):

- умственная отсталость в такой степени, когда ребенок может овладевать речью и усваивать несложные навыки самообслуживания и обслуживающего труда;
- наблюдаются глубокие дефекты восприятия, памяти, мышления, коммуникативной функции речи, моторики и эмоционально-волевой сферы;
- определённая часть детей может овладеть простейшими навыками чтения, письма, счета;
- после специального обучения они могут работать в специально организованных мастерских.

**Идиотия** («идиос» - существует сам по себе):

- самая глубокая степень умственной отсталости;
- детям недоступно осмысление окружающего мира;
- речь развивается крайне медленно или не развивается вообще;
- характерно нарушение моторики, координации движений, ориентировки в пространстве;
- часто тяжесть нарушений такова, что дети ведут лежачий образ жизни;
- крайне трудно формируются элементарные навыки самообслуживания.

В настоящее время в МКБ-10 вместо термина «олигофрения» употребляется понятие «умственная отсталость».

**Классификация умственной отсталости по МКБ-10 (по глубине психического недоразвития):**

**F70. Умственная отсталость легкой степени (дебильность, лег-**

кая олигофрения, легкая умственная субнормальность (отсталость), малоумие):

- ориентировочный IQ составляет 50-69 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 9-12 лет);
- затруднения в формировании сложных понятий, обобщений, абстрактного мышления, собственных суждений;
- легко попадают под нездоровое влияние окружающих: могут стать орудием в руках злоумышленников, манипулирующих ими для получения собственной выгоды;
- мышление конкретно-описательное;
- развита обиходная речь;
- могут обучаться по специальным образовательным программам;
- заканчивают специализированные школы и профессиональные училища;
- могут овладеть несложными трудовыми и профессиональными навыками;
- способны к адаптации к обычным условиям жизни;
- обнаруживают хорошую практическую осведомленность (Э. Крепелин: «их умения больше их знания»);
- продуктивно работают, заводят семьи, самостоятельно ведут хозяйство.

**F71. Умственная отсталость умеренная (имбецильность, умеренная умственная субнормальность, умеренная олигофрения):**

- ориентировочный IQ колеблется от 35 до 49 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 6-9 лет);
- вероятно заметное отставание в развитии с детства;
- овладевают навыками самообслуживания;
- могут быть приучены к простейшему труду путем тренировки подражательных действий;
- могут изъясняться простыми фразами и поддерживать простую беседу;
- адаптация возможна только в хорошо знакомых им условиях;
- не могут жить самостоятельно, нуждаются в постоянном руководстве и контроле;
- могут выполнять простейшую работу в специально созданных условиях (например, в лечебно-трудовых мастерских).

**F72. Умственная отсталость тяжелая (тяжелая умственная субнормальность, тяжелая олигофрения):**

- ориентировочный IQ колеблется от 20 до 34 (в зрелом возрасте умственное развитие соответствует развитию в возрасте 3-6 лет);

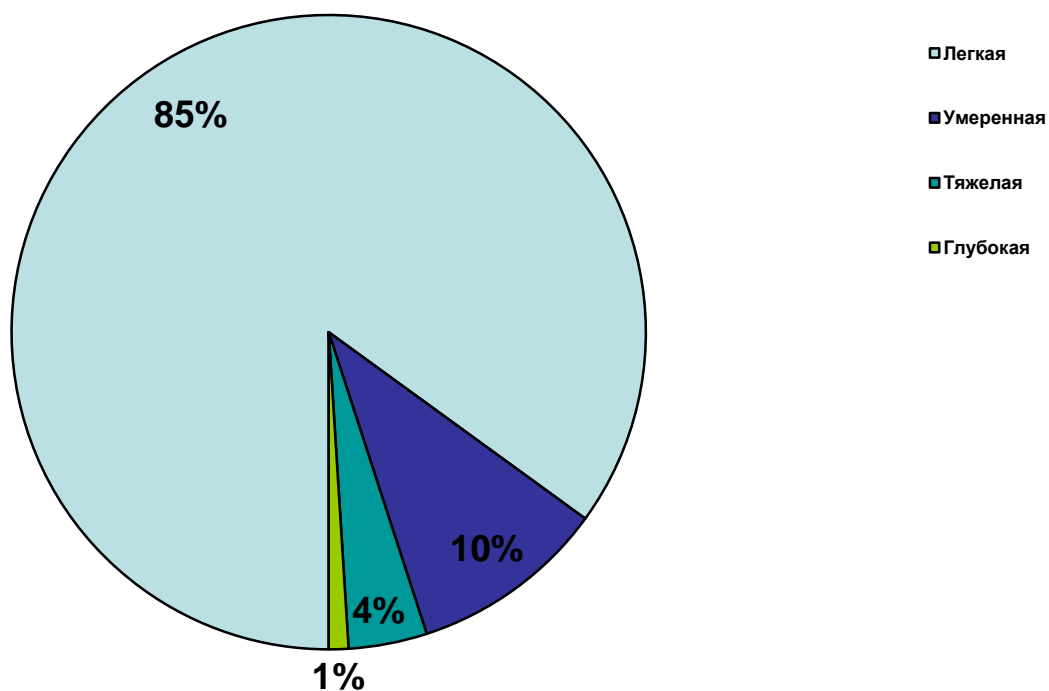
- могут формировать только простейшие представления;
- абстрактное мышление и обобщения недоступны;
- овладевают лишь элементарными навыками самообслуживания;
- обучение невозможно;
- словарный запас ограничен одним-двумя десятками слов, достаточных для сообщения о своих основных потребностях;
- выражены дефекты артикуляции;
- часто присутствуют неврологические расстройства, нарушения походки;
- нуждаются в постоянном контроле и обслуживании.

**F73. Умственная отсталость глубокая (идиотия, глубокая умственная субнормальность, глубокая олигофрения):**

- ориентировочный IQ ниже 20 (в зрелом возрасте умственное развитие ниже развития в 3-х летнем возрасте);
- практически не способны понимать обращенную к ним речь;
- не узнают людей, ухаживающих за ними (например, мать);
- не отличают съедобного от несъедобного: могут поедать несъедобные предметы;
- не имеют пространственных представлений (например, о высоте: могут падать с большой высоты);
- редко формируют представления о горячем, остром и т.д. (могут получать повреждения, ожоги);
- не могут освоить простейшие навыки самообслуживания: одеться, умыться, пользоваться столовыми приборами и т.д.;
- речь не сформирована (издают лишь нечленораздельные звуки) или состоит из нескольких простейших слов;
- недоразвиты моторные функции: не могут самостоятельно стоять и ходить, передвигаются ползком;
- повышенная сексуальность;
- поведение в одних случаях может отличаться: 1) вялостью и малоподвижностью; 2) склонностью к однообразному двигательному возбуждению со стереотипными движениями: раскачивание туловищем, взмахи руками, хлопанье в ладоши; 3) периодическими проявлениями агрессии и аутоагрессии: могут внезапно ударить, укусить окружающих, царапать себя, нанести себе удары и т.д.);
- имеются грубые неврологические нарушения и тяжелые соматические аномалии;
- нуждаются в постоянном уходе и надзоре.



**Соотношение оценок тяжести умственной отсталости  
(Яковлев В.А.)**



**Соотношение клинических и психометрических оценок тяжести  
умственной отсталости (Яковлев В.А.)**

IQ (по тесту Векслера)	Клиническое определение	Определение степени умственной отсталости по МКБ-10	Другие градации умственной отсталости
80-100	Норма (средняя)	Норма	Норма
70-80	Пограничные с нормой задержки развития	–	Пограничные формы
50-70	Дебильность	Легкая	Мягкая форма
35-50	Имбецильность	Умеренная	Среднетяжелая
20-35(40)		Тяжелая	Тяжелая
Менее 20	Идиотия	Глубокая	Очень глубокая

## Физические нарушения у детей с умственной отсталостью (Яковлев В.А.)

Показатели	Умственная отсталость от умеренной до глубокой (IQ < 50), %	Лёгкая умственная отсталость (IQ = 50-70), %
Сенсорные нарушения	11	2
Эпилепсия	32	7
Церебральный паралич	28	6

### Причины умственной отсталости

*Причины возникновения умственной отсталости (по Сухаревой Г.Е.):*

- *генные и хромосомные нарушения:*
  - синдромы Дауна, Клайнфелтера, Тернера, Мартина-Белл;
  - истинная микроцефалия<sup>2</sup>;
  - наследственные обменные нарушения (фенилкетонурия<sup>3</sup>, галактозурия<sup>4</sup> и т.д.);
  - наследственные неврологические и нервно-мышечные заболевания с умственной отсталостью.
  - повреждающие факторы в период внутриутробного развития:
    - вирусы краснухи, гриппа, паратита, цитомегаловируса;
    - возбудители сифилиса, токсоплазма и т.д.;
    - интоксикации (алкоголь, наркотики и т.д.);
    - гемолитическая болезнь<sup>5</sup> плода и т.д.
- *- повреждающие факторы во время родов, в первые месяцы и годы жизни:*
  - родовая травма;
  - асфиксия во время родов;
  - черепно-мозговые травмы;
  - нейроинфекции, перенесенные в раннем детстве;
  - гидроцефалия;
  - депривация до 7-8 лет (например, дети джунглей).

---

<sup>2</sup> *Истинная микроцефалия* – наследственное заболевание: уменьшение размеров черепа, недоразвитие мозга, умственная отсталость, неврологические нарушения. Составляет 20% детей с умственной отсталостью.

<sup>3</sup> *Фенилкетонурия* - наследственное заболевание: нарушение аминокислотного обмена.

<sup>4</sup> *Галактозурия* - наследственное заболевание: потеря галактозы с мочой.

<sup>5</sup> *Гемолитическая болезнь* - несовместимость крови матери и плода.

## **2. ДЕМЕНЦИЯ**

### **Характеристика детей с деменцией**

*Деменция* (от немецкого «de» - снижение; «mens» - ум, разум) - приобретенная умственная отсталость.

Возникает в возрасте после 3-х лет.

Носит необратимый характер.

#### ***Классификация деменций:***

- органическая (частичная, общая);
- эпилептическая;
- шизофреническая.

## **3. ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

### **Характеристика детей с задержкой психического развития (ЗПР)**

#### ***Распространенность.***

В последние годы количество детей с ЗПР неуклонно растет.

По данным НИИ детства в России ежегодно:

- рождается 5-8 % детей с наследственной патологией;
- 8-10 % детей имеют приобретенную патологию;
- 4-5 % составляют дети-инвалиды;
- 20 % детей имеют стёртые нарушения развития.

*Задержка психического развития* - это нарушение нормального темпа психического развития, в результате чего ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов.

*Задержка психического развития* - специфическое сочетание незрелости эмоциональной и интеллектуальной сфер.

#### ***Причины возникновения ЗПР:***

- отягощенная наследственность;
- патология беременности и родов;
- хронические заболевания родителей;
- неблагоприятная экология;
- профессиональные вредности у родителей до рождения ребенка;
- курение матери во время беременности;
- алкоголизм родителей;
- неполная семья;
- неблагоприятный психологический микроклимат в семье и в школе.

***Этиопатогенетическая классификация ЗПР*** (по Лебединской К.С.):

- конституционального происхождения;
- соматогенного происхождения;
- психогенного происхождения;
- церебрально-органического генеза.

**1. ЗПР конституционального происхождения** (гармонический, дисгармонический, органический, психогенный инфантилизм<sup>6</sup>) характеризуется *симптомами*:

- инфантильный тип телосложения с детской пластичностью мимики и моторики;
- эмоциональная сфера находится на более ранней ступени развития, соответствуя психическому складу ребёнка более раннего возраста.

*Гармонический (простой) инфантилизм:*

- равномерная задержка темпа физического и психического развития;
- в дошкольном возрасте: недоразвитие интеллектуальных интересов, повышенная отвлекаемость и утомляемость.

*Дисгармонический инфантилизм:*

- сочетание признаков психической незрелости, свойственной простому инфантилизму, с отдельными патологическими чертами характера: аффективность, возбудимость, конфликтность, эгоцентризм.

В чистом виде встречается редко.

*Органический инфантилизм (органическое повреждение мозга):*

- признаки незрелости эмоционально-волевой сферы;
- повышенный интерес к игровой деятельности;
- пограничная интеллектуальная недостаточность, обусловленная нарушением внимания, памяти, психической работоспособности.

*Психогенный инфантилизм:*

- аномальное формирование личности в условиях неправильного воспитания;
- социальная незрелость личности;
- недоразвитие морально-нравственных установок и ценностных ориентаций;
- снижение самоконтроля над поведением, что способствует формированию девиантного поведения.

Мало изучен.

*Прогноз:*

- возрастная динамика благоприятна;
- при правильно организованном учебном процессе быстро догоняют своих сверстников в общем психическом развитии.

**2. Соматогенная ЗПР** характеризуется:

- эмоциональной незрелостью, которая обусловлена хроническими инфекциями, аллергическими заболеваниями, врожденными и приобретенными пороками соматической сферы (сердца), детскими неврозами;
- стойкой астенией<sup>7</sup> снижающей общий, психический и эмоциональный статус.

---

<sup>6</sup> Инфантилизм - с лат. «младенческий, детский».

<sup>7</sup> Астения – физическая и психическая слабость.

Дети – «домашние», круг общения ограничен, межличностные отношения нарушены.

Родители уделяют им много внимания, ограждают от проблем, что усугубляет состояние ребенка больше, чем заболевание.

Дети требуют санаторных условий, отдыха, сна, правильного режима питания, медикаментозного лечения.

*Прогноз* зависит от состояния здоровья.

### **3. ЗПР психогенного происхождения:**

- обусловлена неблагоприятными условиями воспитания;
- *в условиях безнадзорности*: патологическое развитие личности с ЗПР по типу психической неустойчивости: неумение тормозить свои эмоции и желания; импульсивность;
- *в условиях гиперопеки*: формирование эгоцентрических установок;
- *в психотравматических условиях воспитания*: невротическое развитие личности.

Неблагоприятные условия воспитания могут привести сначала к нарушениям вегетативных функций, затем психических, и, прежде всего, эмоционального развития.

### **4. ЗПР церебрально-органического генеза:**

- *причина*: органическое поражение ЦНС на ранних этапах онтогенеза (патология беременности и родов, инфекции, интоксикации, травмы нервной системы в первые годы жизни);
- возрастная динамика определяется тяжестью поражения ЦНС и временем возникновения дефекта;
- необходимы срочные психолого-педагогические коррекционные мероприятия.

## **4. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЗАПУЩЕННОСТЬ**

**Характеристика детей с педагогической запущенностью**

**Педагогическая запущенность** - это задержка психического развития, которая возникает в условиях социального неблагополучия.

У запущенного ребенка:

- остаётся интерес ко всему новому;
- отсутствует тугоподвижность мышления;
- страдают только те сферы психики, которые подверглись неблагоприятному воздействию.

По некоторым данным, значительная часть детей с умственной отсталостью не имеет органических поражений мозга, а их недостаточно высокий уровень IQ является результатом педагогической запущенности.

Как правило, это дети из малообеспеченных семей.

## 5. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ОТ ДЕТЕЙ С ДЕМЕНЦИЕЙ

<b>Умственная отсталость</b>	<b>Деменция</b>
<p>Особая форма психического недоразвития.</p> <p><i>Причины:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- патологическая наследственность;</li> <li>- хромосомные искажения;</li> <li>- органические поражения.</li> </ul> <p><i>Возраст:</i> до 2-3 лет.</p> <p><i>Характер:</i> непрогрессирующий.</p>	<p>Стойкое ослабление познавательной деятельности (критичность, память, эмоции).</p> <p><i>Причины:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- шизофрения;</li> <li>- эпилепсия;</li> <li>- воспалительные заболевания мозга;</li> <li>- травмы мозга (сотрясения, ушибы).</li> </ul> <p><i>Возраст:</i> после 3 лет.</p> <p><i>Характер:</i> прогрессирующий.</p>

## 6. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ОТ ДЕТЕЙ С ЗПР

<i>Характерные особенности детей с умственной отсталостью</i>	<i>Характерные особенности детей с ЗПР</i>
<b>Функциональная локализация нарушения (дефекта)</b>	
Характерен приоритет общих дефектов над частными.	Характерны только частные дефекты.
<b>Взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом</b>	
Приоритетное влияние оказывают биологические факторы.	Особую роль играет социокультурный фактор.
<b>Критерий распространённости</b>	
Распространенность - 3%.	Распространенность - 7-11%.
Стойкое нарушение познавательной деятельности обусловлено органическим поражением или недоразвитием коры головного мозга.	<p>Не имеют нарушений отдельных анализаторов и крупных поражений мозговых структур.</p> <p><i>Незрелость:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- сложных форм поведения;</li> <li>- целенаправленной деятельности;</li> <li>- быстрая истощаемость, утомляемость;</li> <li>- низкая работоспособность.</li> </ul>
Носит необратимый характер.	При своевременной и адекватной коррекционной работе носит обратимый характер.

## **7. ЛЕЧЕНИЕ, КОРРЕКЦИЯ, РАЗВИТИЕ, АДАПТАЦИЯ И ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

### ***Медикаментозное лечение:***

- ноотропные препараты (пирацетам, энцефабол, когитум, семакс, церебрум композитум и т.д.);
- седативные препараты (фенибут, персен, магне-В6, ридазин и т.д.).

### ***Психологическая коррекция и развитие:***

- для детей с умеренной и легкой умственной отсталостью - коррекционные занятия для развития внимания, памяти и мышления и т.д.;
- для детей с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью - коррекционные занятия для улучшения социальной адаптации;
- для детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями - стабилизация аффективно-эмоциональной сферы (тревожность, страхи, агрессивность), морально-волевой сферы (капризность, упрямство, негативизм).

### ***Социальная адаптация:***

- трудовое обучение;
- профессиональное приспособление.

### ***Обучение:***

В *статье 55. п.3* ФЗ РФ от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» определено, что дети с ограниченными возможностями здоровья принимаются на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии» (ПМПК).

### ***Основные задачи деятельности ПМПК:***

- оценка особенностей и уровня развития ребенка;
- выбор образовательного учреждения.

### ***Школы для детей с интеллектуальными нарушениями:***

- Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида (школа или школа-интернат для детей с задержкой психического развития).
- Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида (школа или школа-интернат для детей с умственной отсталостью).

### ***Образовательный маршрут:***

*Дети с легкой (F70) умственной отсталостью с 7-8 лет* могут обучаться в специальных (коррекционных) школах VIII вида, где обучение ведется по специальным образовательным программам. Возможно открытие коррекционных классов VIII вида в общеобразовательных школах.

*Дети с умеренной (F71) умственной отсталостью с 7-8 лет* могут обучаться в специальных классах в специальных (коррекционных) школах VIII вида по адаптированной для них образовательной программе.

*Дети с тяжелой (F72) и глубокой (F73) умственной отсталостью*

не могут обучаться, поэтому целесообразно их содержание в учреждениях социального обеспечения (с согласия родителей).

**Факторы**, обуславливающие лечение, коррекцию, развитие, адаптацию и обучение детей с умственной отсталостью:

– *биологические*: выраженность дефекта, качественное своеобразие его структуры, время его возникновения;

– *социальные*: ближайшее окружение ребенка: семья, в которой он живет; взрослые и дети, с которыми он общается и проводит время; школа.

## **8. ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

*Диагноз должен основываться на критическом и осторожном истолковании данных, полученных из разных источников.*

*Л.С. Выготский*

**Диагностические критерии умственной отсталости:**

- *Клинический* - наличие органического поражения головного мозга.
- *Психологический* - стойкое нарушение познавательной деятельности.
- *Педагогический* - низкая обучаемость.

При постановке ребенку неправильного диагноза можно искалечить ему всю жизнь. Например, если ребенка с ЗПР или поведенческими нарушениями отправляют в коррекционную школу.

**Эксперсс-дифференциация детей с ЗПР и детей с УО:**

- Пересказ текста, выбранного в соответствии с возрастом.
- Объяснение смысла любой пословицы. Например: «Не имей 100 рублей, а имей 100 друзей».

Из-за несформированности абстрактно-логического мышления дети с умственной отсталостью не выполняют задание.

**Этапы полного обследования детей с умственной отсталостью:**

– *Сбор анамнеза заболевания*: данные о семье, сведения о беременности и родах, этапах развития ребенка.

– *Соматический осмотр*: обследование у педиатра и других специалистов.

– *Оценка умственных способностей и интеллекта*: сопоставление клинического опыта и стандартизированных методов измерения уровня интеллектуальных способностей, речевых, двигательных и социальных навыков.

**Методы диагностики детей с умственной отсталостью:**

- метод беседы;
- метод наблюдения;



- метод изучения рисунков;
- методы экспериментально-психологического исследования.

### ***Возрастные особенности диагностики детей***

*Психическое развитие детей грудного возраста определяется по четырем показателям:*

- речь;
- эмоционально-социальное развитие (общение);
- сенсорная деятельность;
- моторика.

*Психическое развитие детей 1-3 года определяется по 6 показателям (шкала развития Денвера):*

- речь;
- эмоционально-социальное развитие;
- образовательная деятельность;
- навыки;
- умения;
- моторика.

### ***Примерный перечень материалов для диагностики детей дошкольного и младшего школьного возраста с умственной отсталостью***

*Для исследования внимания:*

- Бланки корректурных проб.
- Таблицы для подсчёта разноцветных кружков в секторах круга.
- Таблицы для одновременного подсчёта фигур двух видов.
- Таблицы Шульте (5 таблиц с произвольно расположенными цифрами от 1 до 25). Необходимо показать и назвать по порядку все цифры.
- Таблицы, на которых изображены предметы с недостающими деталями (из методики Векслера Д.).

*Для исследования восприятия:*

- Таблицы с изображением контура, силуэта, частей знакомых предметов. «Зашумленные» изображения (предметы наложены один на другой).
- Набор карточек с изображением геометрических фигур двух размеров (большие и маленькие), четырех видов, четырех цветов (красные, зеленые, синие, желтые). Необходимо произвести группировку с учетом указанного признака.
- «Почтовый ящик» (коробка форм).
- Доски Сегена разных вариантов сложности.
- Кубики Кооса.
- Таблицы с изображением предметов, которые следует дорисовать (методика Головиной Т.Н.).

- Набор предметных картинок, разрезанных на 2-4 части.
- Картинки для определения правой и левой стороны; понятий «низ», «верх», «посередине».

*Для исследования мышления:*

- Таблица с изображением 4 предметов. Необходимо исключить один из них, не подходящий к остальным по тем или иным признакам (по величине, форме, цвету, родовой категории).
- Таблицы с логическими задачами на поиск недостающих фигур (по типу прогрессивных матриц Равена).
- Таблицы с заданием на исключение понятий, не подходящих к остальным.
- Бланки с заданием на выделение существенных признаков.
- Бланки методик «Простые аналогии», «Сложные аналогии».
- Таблицы с пословицами и поговорками.
- Сюжетные картинки для сравнения.
- Таблицы с заданием на сравнение пар слов-понятий.
- Набор сюжетных картинок разной степени трудности (простые, со скрытым смыслом, нелепым содержанием, серия с изображением последовательности событий).
- Набор карточек с изображением предметов разных родовых категорий для исследования операции классификации.
- Таблицы с текстами разной сложности (простые описательные, сложные, с конфликтным содержанием).
- Таблицы с загадками.
- Бланки со словами для исследования ассоциаций (один из вариантов - подбор слов, противоположных по смыслу).
- Таблицы и карточки для проведения «обучающего эксперимента» (методика Ивановой А.Я.).
- Методики исследования мышления и речи (Усанова О.Н.).

*Для исследования памяти:*

- Таблицы с изображением знакомых предметов для запоминания (возможны разные варианты: запоминание цифр, слов, геометрических фигур и т.д.).
- Бланки для запоминания 10 слов.
- Картинки для опосредованного запоминания слов с изображением предметов (методика Леонтьева А.Н.).
- Пиктограмма (методика Лурии А.Р.).
- Бланки с текстами для воспроизведения.

*Для исследования эмоционально-волевой сферы, качеств личности:*

- Таблицы с набором задач разной трудности, соответствующие им карточки с номерами задач для проведения методики исследования уровня притязаний личности.
- Серия картин (один из вариантов ТАТ) для исследования лич-

ности, интересов, внутренних переживаний и т.д.

- Рисунки со стимульным материалом по тесту Роршаха.
- Наборы сюжетных картин с изображением различных ситуаций, подлежащих оценке (нравственной, эстетической и т.д.).
- Бланки с вариантами заданий для исследования волевых усилий (корректирующие пробы, лабиринты и т.д.).

*Для исследования детей с поведенческими расстройствами:*

- Наблюдение, в ходе которого обращается внимание на способность ребенка к социальной адаптации и на любое необычное поведение.
- Шкала адаптационного поведения, включающая оценочные шкалы для определения способностей и привычек в десяти сферах обращения.

*Для исследования детей с эмоциональными расстройствами:*

- Рисуночные методики: «Нарисуй человека», «Рисунок семьи», «Дом, дерево, человек» и т.д.

*Для исследования коэффициента умственного развития (IQ):*

- Стандартизированная методика Д. Векслера.

(!) Измерение коэффициента умственного развития должно проводиться с учётом кросс-культуральных особенностей.

Методикой пользуются редко, так как она требует много времени.

Особенно полезна методика при дифференциации легких степеней умственной отсталости от задержек психического развития.

Методика Д. Векслера включает 12 субтестов вербального и невербального характера.

Рассчитана на детей от 5 до 16 лет.

## Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми, имеющими аутистические расстройства

Понимая чрезвычайную важность проблемы, 62 сессия Генеральной Ассамблеи ООН в 2008 г. постановила отмечать 2 апреля каждого года как «Всемирный день распространения информации об аутизме».

Синий цвет - символ людей с аутизмом. В день распространения информации об аутизме по всему миру зажигаются синие огни: синим светом подсвечиваются здания, памятники, мосты, а в домах зажигаются синие фонарики!

### *Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10)*

*Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем* - документ, используемый как ведущая статистическая и классификационная основа в здравоохранении.

Периодически (раз в десять лет) пересматривается под руководством ВОЗ.

МКБ является нормативным документом, обеспечивающим единство методических подходов и международную сопоставимость материалов.

В России органы и учреждения здравоохранения осуществили переход статистического учёта на МКБ-10 в 1999 году<sup>8</sup>.

В настоящее время не существует одного психиатрического состояния под названием аутизм. Вместо этого существует *спектр аутистических расстройств*, и разные формы аутизма занимают разные позиции в этом спектре.

Слово «аутизм» (от греч. «autos» - сам) в 1911 г. впервые использовал швейцарский психиатр **Эйген Блейлер**, который вкладывал в это понятие:

- игнорирование реальных отношений;
- бегство в мир собственных фантазий;
- нетерпимость к любому вмешательству из внешнего мира.



**Эйген Блейлер (1857–1939)**

---

<sup>8</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 170 от 27 мая 1997 года «О переходе органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра».

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ АУТИЗМА ПО МКБ-10

**Аутизм** – это:

- нарушение развития; дефект в системе, отвечающей за восприятие внешних стимулов; обостренное реагирование на одни явления внешнего мира и игнорирование других (Тэмпл Грэндин);
- симптомное проявление дисфункции мозга, которая может быть вызвана разными поражениями (Гилберг К., Питерс Т.);
- во-первых, экстремальное одиночество ребенка, нарушение его эмоциональной связи даже с самыми близкими людьми; во-вторых, крайняя стереотипность в поведении, проявляющаяся и как консерватизм в отношениях с миром, страх изменений в нем, и как обилие однотипных аффективных действий, влечений интересов; в-третьих, особое речевое и интеллектуальное недоразвитие, не связанное, как правило, с первичной недостаточностью этих функций (Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.).

**Спектр аутистических расстройств (РАС)** - схожие с аутизмом состояния, при которых отмечаются более мягкие признаки и симптомы.

**Сопутствующие проблемы:**

- умственная отсталость;
- эпилепсия (эпилептические припадки);
- нарушения зрения;
- нарушения слуха;
- специфические нарушения речи;
- заболевания кожи;
- нарушения в суставах и костях;
- нарушения формирования наружных гениталий;
- дисфункция височных долей мозга;
- дисфункция ствола головного мозга;
- дисфункция мозжечка;
- нанесение себе повреждений.

**Статистика:**

- в мире официально зарегистрировано 6,5 миллионов аутистов;
- аутизм встречается примерно в 3-6 случаях на 10 000 детей;
- аутизм встречается у мальчиков в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

Аутизм встречается в странах всего мира вне зависимости от расовой принадлежности, этнической группы и социальной среды.

Достаточно редко встречаются семьи, в которых имеется более одного ребенка с аутизмом, однако, зафиксирован единичный случай наличия пяти детей с аутизмом в одной семье, что связано с генетическими причинами.

«... С 1991 по 1997 встречаемость РАС выросла на 55,6 %... В педи-

атрической практике эти нарушения встречаются чаще, чем спинно-мозговые грыжи, рак и синдром Дауна...»<sup>9</sup>

### **МКБ-10**

**F84. Общие расстройства психологического характера**

F84.0. Детский аутизм

F84.1. Атипичный аутизм.

F84.2. Синдром Ретта.

F84.3. Другое дезинтегративное расстройство детского возраста.

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

F84.5. Синдром Аспергера.

F84.8. Другие общие расстройства развития.

F84.9. Общее расстройство развития неуточненное.

### **Общие расстройства психологического развития (F84)**

**Общие расстройства психологического развития** - группа расстройств, характеризующихся:

- качественными отклонениями в социальных взаимодействиях и показателях коммуникабельности;
- ограниченным, стереотипным, повторяющимся комплексом интересов и действий.

Эти качественные отклонения являются общей характерной чертой деятельности индивида во всех ситуациях.

#### **F84.0. Детский аутизм:**

**аутическое расстройство, ранний детский аутизм (РДА), детский психоз, синдром Каннера**

*Исключена:* аутическая психопатия (F84.5)

**Синдром Каннера** - качественное нарушение социального взаимодействия и общения, стереотипное поведение.

*Специфические диагностические черты:*

- аномалии и задержки в развитии, проявляющиеся у ребёнка в возрасте до трёх лет;
- психопатологические изменения в сферах:
  - 1) социальное взаимодействие;
  - 2) общение;
  - 3) поведение, которое ограничено, стереотипно и монотонно.

*Неспецифические диагностические черты:*

- фобии;
- расстройства сна и приёма пищи;

<sup>9</sup> Muhle R., Trentacoste S.V., Rapin I. The genetics of autism. Pediatrics, 2004. Vol. 113. S.472-486.

- вспышки раздражения;
- направленная на себя агрессивность.



*Лео Каннер (1894–1981)*

**Лео Каннер** - австрийский и американский психиатр, один из основателей современной детской психиатрии.

Л. Каннер впервые описал аутизм в качестве отдельного диагноза на примере девяти детей, которых он наблюдал в своей практике в США.

Его статья 1943 года «Аутистические нарушения аффективного контакта» стала отправной точкой исследований аутизма в мире.

Л. Каннер первым предложил термин «аутизм» в качестве названия отдельного расстройства, отделил его от детской шизофрении, правильно предположил его биологическое, а не психологическое происхождение.

### ***Классификация РДА (по Лебединской К.С., Никольской О.С.)<sup>10</sup>***

#### *Четыре основные группы РДА.*

Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой:

- 1-ая группа – отрешённость от внешней среды;
- 2-ая группа – отвержение внешней среды;
- 3-ая группа – замещение внешней среды;
- 4-ая группа – сверхтормозимость ребёнка внешней средой.

#### ***Дети I группы с аутистической отрешённостью от внешней среды:***

- наиболее глубокая аффективная патология;
- наиболее тяжёлые нарушения психического тонуса и произвольной деятельности;
- поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому (бесцельное перемещение по комнате);
- *мутизм*: стремление к нечленораздельным словосочетаниям;
- наиболее тяжёлые проявления аутизма:
  - нет потребности в контактах;
  - нет элементарного общения с окружающими;
  - нет навыков социального поведения;

<sup>10</sup> Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.

- нет аффективной защиты от окружающего: стереотипных действий, стереотипных движений, стремления к привычной среде;
- бездеятельны, полностью беспомощны;
- не владеют навыками самообслуживания;
- типична мимическая маска глубокого покоя;
- избегание сильных стимулов, вызывающих страх (шум, яркий свет, прикосновение и т.д.).

***Диагноз:***

- раннее злокачественное непрерывное течение шизофрении («люцидная кататония»), часто осложненная органическим повреждением мозга.

***Прогноз развития:***

- будут нуждаться в постоянном уходе и надзоре;
- останутся мутными и несостоятельными в произвольных действиях;
- в условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания;
- могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя;
- социальная адаптация будет затруднена даже в домашних условиях.

***Дети II группы с отвержением внешней среды:***

- возможность активной борьбы с тревогой и страхами за счет стереотипий:
  - двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т.д.);
  - речевых (скандирование слов, стихов и т.д.);
  - сенсорных (шуршание бумагой, вращение предметов перед глазами и т.д.);
  - стимулирование вестибулярного аппарата раскачиванием, подпрыгиванием;
- манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка;
- малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут;
- в речи преобладают однотипные штампы-команды;
- с гримасами или застывшей мимикой наблюдается осмысленный взгляд;
- простейшие стереотипные реакции на окружающее;
- стереотипные бытовые навыки (ритуализация повседневной жизни);



- витальная зависимость от матери, присутствие которой является условием их существования;
- сочетание эмоциональной холодности к окружающим с повышенной чувствительностью к состоянию матери;
- возможно, выполнение просьб матери;
- присутствует реакция на неприятные физические ощущения (боль, холод, голод).

**Диагноз:**

- шизофрения либо биохимическая энзимопатия, не определяемая на настоящем уровне диагностики.

**Прогноз развития:**

- при активной, адекватной и длительной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще в общеобразовательной, чем в коррекционной).

**Дети III группы с замещением внешней среды:**

- более развитая произвольность в противостоянии аффективной патологии (страхам);
- имеют более сложные формы аффективной *защиты*:
  - патологические влечения;
  - компенсаторные фантазии, проявляющиеся в спонтанном и агрессивном разыгрывании психодраматических ситуаций;
- сочетание тревожности и пугливости с потребностью в повторном переживании травмирующих впечатлений;
- поведение приближается к психопатоподобному;
- конфликтность;
- развёрнутая речь в виде эмоционально насыщенного монолога;
- большой словарный запас «книжного характера»;
- способность выразить свои потребности посредством речи;
- более высокий уровень когнитивного развития;
- *меньшая витальная зависимость от матери*, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке;
- эмоциональные связи с близкими недостаточны;
- низкая способность к сопереживанию;
- поглощенность одним и тем же занятием.

**Диагноз:**

- нозологическая квалификация этой группы затруднена;
- не исключен вариант самостоятельной дизонтогении.

**Прогноз развития:**

- при активной и адекватной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в общеобразовательной школе.

#### ***Дети IV группы с сверхтормозимостью:***

- глубокий аутистический барьер;
- меньше патологии в аффективной и сенсорной сферах;
- неврозоподобные расстройства: чрезвычайные тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию;
- защитные образования носят адекватно компенсаторный характер: при плохом контакте со сверстниками активно ищут защиты у близких;
- интеллектуальные функции сохранены;
- чрезмерная потребность к защите и эмоциональной поддержке со стороны матери;
- присутствие ритуальных форм поведения;
- способность к общению;
- круг общения ограничен близкими взрослыми;
- стараются быть «хорошими», выполнять требования близких;
- трудности в усвоении двигательных навыков.

#### **F84.1. Атипичный аутизм: атипичный детский психоз, умственная отсталость с чертами аутизма**

***Атипичный аутизм*** - тип общего нарушения развития, отличающийся от детского аутизма:

- возрастом, в котором начинается расстройство: аномалии и задержки в развитии проявились у ребенка старше трех лет;
- отсутствием триады патологических нарушений, необходимой для постановки диагноза детского аутизма: 1) социальное взаимодействие; 2) общение; 3) поведение, которое ограничено, стереотипно и монотонно.

Атипичный аутизм чаще всего развивается у лиц:

- с глубокой задержкой развития;
- у лиц, имеющих тяжелое, специфическое рецептивное расстройство развития речи.

#### **F84.2. Синдром Ретта**

***Синдром Ретта*** - состояние, до настоящего времени обнаруживаемое у девочек с частотой 1:10 000 - 1:15 000, при котором нормальное раннее развитие осложняется:

- частичной или полной утратой речи;
- утратой навыков пользования руками;
- замедление роста головы;

- утратой локомоторных навыков<sup>11</sup>.

Впервые болезнь была описана австрийским неврологом *Андреасом Реттом* в 1966 году.

Беременность и развитие ребёнка до 1-1,5 лет протекает нормально, но потом у девочки начинают пропадать только что приобретённые речевые, двигательные и предметно-ролевые навыки.

Нарушения возникают в возрастном интервале от 7 до 24 месяцев жизни.



*Андреас Ретт (1924–1997)*

**Характерны:**

- движения становятся заторможенными;
- появляются стереотипные круговые движения рук, их потирание и заламывание, не носящие целенаправленного характера;
- наблюдается усиленное дыхание;
- социальное и игровое развитие останавливается;
- интерес к общению имеет тенденцию к сохранности;
- к 4 годам начинается развитие атаксии туловища<sup>12</sup> и апраксии<sup>13</sup>, часто сопровождаемые хореоатетоидными движениями<sup>14</sup>;
- речь затрудняется, ответы становятся однообразными или эхολалическими, временами речь совсем пропадает (мутизм);
- лицо ребёнка постепенно приобретает грустное, «неживое» выражение, взгляд становится расфокусированным или устремлённым в одну точку перед собой;
- возможны приступы насильственного смеха вместе с приступами импульсивного поведения;
- появляются судорожные припадки;
- прогрессирует тяжёлая умственная отсталость.

<sup>11</sup> *Локомоторные навыки* - движения, совершаемые путем перемены позиции конечностей с участием почти всей мускулатуры, приводящие к перемещению тела в пространстве (ходьба, бег, плавание, ползание, прыжки и т.д.).

<sup>12</sup> *Атаксия туловища* - нарушение равновесия в положении стоя и сидя.

<sup>13</sup> *Апраксия* (от греч. *apraxia* - бездействие) - нарушение целенаправленных движений и действий.

<sup>14</sup> *Хореоатетоидные движения* - произвольные быстрые размахистые, неритмичные движения в разных частях тела (чаще в мышцах лица, шеи, артикуляционной мускулатуре и в мышцах верхних конечностей). Хорея препятствует манипулятивной функции рук, речи и письму.

**F84.3. Другое дезинтегративное расстройство детского возраста: детская деменция, дезинтегративный психоз, симбиозный психоз, синдром Геллера, болезнь Геллера - Цапперта**

**Исключён:** синдром Ретта (F84.2)



**Теодор Геллер (1869–1938)**, австрийский психиатр, педагог и детский психолог, в 1908 г. описал 6 случаев синдрома, названного им «*dementia infantilis*» (юношеской деменцией)



**Юлиус Цапперт (1867–1942)**, австрийский педиатр, в 1911 г. уточнил клиническую картину синдрома

***Другое дезинтегративное расстройство детского возраста*** - тип общего нарушения развития, для которого характерно наличие периода абсолютно нормального развития до проявления признаков расстройства, сопровождаемого выраженной потерей приобретенных к тому времени навыков, касающихся различных областей развития.

Потеря навыков происходит в течение нескольких месяцев после развития расстройства и сопровождается:

- выраженной утратой интереса к окружающему;
- стереотипным, монотонным двигательным поведением;
- характерными для аутизма нарушениями в сфере социальных

- взаимодействий и функций общения;
- прогрессирующее нарушение приводит к галлюцинациям;
  - развивается деменция.

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

*Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями* - плохо обозначенное расстройство неопределенной нозологии.

Группа детей с выраженной умственной отсталостью (IQ ниже 50), проявляющих:

- гиперактивность;
- нарушение внимания;
- стереотипное поведение;
- различные отставания в развитии общего или специфического характера.

**Характерно:**

- стимулирующие препараты могут вызвать не положительный ответ, как у детей с нормальным уровнем IQ, а тяжелую отрицательную реакцию;
- в подростковом возрасте гиперактивность имеет тенденцию сменяться сниженной активностью, что нетипично для гиперактивных детей с нормальным интеллектом.

В этом расстройстве неизвестна степень участия низкого IQ или органического поражения мозга.

**F84.5. Синдром Аспергера:  
аутическая психопатия, шизоидное расстройство в детском возрасте, лёгкая форма аутизма, форма высокофункционального аутизма**

*Синдром Аспергера* - расстройство неопределенной нозологии, характеризующееся такими же качественными аномалиями социальных взаимодействий, какие характерны для аутизма, в сочетании с ограниченностью, стереотипностью, монотонностью интересов и занятий.

Отличие от аутизма - отсутствует обычная для него остановка или задержка развития речи и познания.

**Характерно:**

- часто сочетается с выраженной неуклюжестью;
- сохранность вышеуказанных изменений в подростковом и зрелом возрасте;

- в раннем периоде зрелости периодически имеют место психотические эпизоды<sup>15</sup>.

Термин «*синдром Аспергера*» был предложен английским психиатром Лорной Уинг в 1981 г.

Синдром получил название в честь австрийского психиатра и педиатра *Ганса Аспергера*, который сам использовал термин «аутистическая психопатия».



*Ганс Аспергер (1906-1980)*



Г. Аспергер называл своих пациентов «маленькими профессорами»

#### ***Распространённость:***

- Швеция (1992 г.): от 0,36 % до 0,71 % детей школьного возраста удовлетворяют критериям синдрома Аспергера;
- 30-50 % людей с синдромом Аспергера не диагностированы (Gillberg, 2002);
- мужчины и мальчики составляют примерно 75-80 % диагностированных людей с синдромом Аспергера.

#### ***Характеристики синдрома Аспергера:***

- социальные трудности;
- узкие, но интенсивные интересы;
- странность речи и языка.

#### ***Критерии диагностирования синдрома Аспергера:***

*1. Качественное затруднение социальных взаимодействий (как минимум два пункта):*

- заметные нарушения в использовании несловесных нюансов поведения (взгляд «глаза в глаза», выражение лица, тело, осанка, жесты) для регулирования социального взаимодействия;
- неудачи в развитии отношений со сверстниками;
- отсутствие спонтанного побуждения разделять радость, интерес или достижения с другими людьми;
- отсутствие социальной или эмоциональной взаимности.

---

<sup>15</sup> *Психотический эпизод* - психическое расстройство, вызванное острым и тяжёлым стрессом либо длительной психотравмирующей ситуацией.

2. *Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные шаблоны поведения, интересов и занятий (как минимум один пункт):*

- всепоглощающее занятие одним или несколькими стереотипными и ограниченными наборами интересов, ненормальное в интенсивности или в сосредоточении;
- негибкое следование конкретным, нефункциональным ежедневным рутинам и ритуалам;
- стереотипичные и повторяющиеся моторные движения (хлопанье или верчение пальцем/ладонью, раскачивания, сложные движения всем телом);
- настойчивое увлечение деталями или предметами.

3. *Отсутствует клинически значимая:*

- общая задержка развития речи (то есть отдельные слова используются по достижении двухлетнего возраста, связные фразы к трёхлетнему возрасту).
- задержка в познавательном развитии, в развитии навыков самообслуживания, соответствующих возрасту; в адаптивном поведении (исключая социальные взаимодействия).

### ***Жизнь с синдромом Аспергера.***

Почти 1/3 часть людей с синдромом Аспергера способны выполнять «нормальную» работу и жить самостоятельно.

*Дети с синдромом Аспергера:*

- часто являются жертвами обидчиков и хулиганов из-за специфического поведения, речи, интересов, слабой способности адекватно воспринимать и социально допустимо реагировать на ситуации конфликта;
- часто демонстрируют продвинутое для их возраста способности в языке, чтении, математике, пространственном мышлении, музыке, иногда доходящие до уровня одарённости.

Большинство людей с синдромом Аспергера – талантливые и одаренные люди.

В народе это заболевание часто называют «Болезнь гениев».

Однако у каждого конкретного аутиста уровень интеллекта может быть от минимального до самого высокого.

## **ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ АУТИЗМА**

***Причины возникновения и развития аутизма:***

- *воздействие внешних факторов:* родовые травмы, вирусы, вакцины, отравления тяжелыми металлами и т.д.;
- *усиленный рост мозга в детстве:* размер головы аутичного ребенка в 3-4 года превышает нормальные размеры на 10-13%;
- *аномалии развития в различных отделах мозга:* в лобных долях, в

лимбической системе, в стволовых структурах, в IV желудочке мозга, в мозжечке;

- *хромосомные (генные) аномалии*: слабая X-хромосома у одного из родителей (наследственность), конфликт между генами отца и матери<sup>16</sup>, мутация гена неурексина-1<sup>17</sup>;

- *биологический и химический дисбаланс*: недостаток белка, повышенный уровень в крови серотонина, нарушение обмена веществ, нарушение гормонального статуса (повышенный уровень тестостерона) и т.д.;

- *дождливая погода*: процент аутистов среди детей до трех лет, проживающих в «дождливых» штатах США, значительно выше, чем среди детей из «солнечных» штатов.

## ТЕХНОЛОГИИ (МЕТОДЫ) ЛЕЧЕНИЯ АУТИЗМА

Для аутизма не существует эффективного метода лечения и коррекции.

Результатов можно добиться, применяя несколько методов одновременно.

Коррекционно-развивающая работа должна проводиться комплексно, группой специалистов различного профиля:

- психиатр;
- невропатолог;
- логопед;
- психолог;
- педагог;
- воспитатель;
- музыкальный работник (эвритмист) и т.д.

### ***Медикаментозный метод лечения аутизма:***

- *лекарства*: антидепрессанты, нейролептики, противоэпилептические средства, ноотропные препараты и т.д.;
- остеопатия, мануальная терапия, пальпация (воздействие пальцами рук на тело человека);
- гомеопатия;
- электростимуляция.

### ***Биомедицинское лечение аутизма:***

- обогащение витаминами;
- нормализация питания;

---

<sup>16</sup> Самки млекопитающих «отключают» в своих яйцеклетках многие гены, работа которых не выгодна эмбриону, но выгодна матери.

Самцы, напротив, отключают в своих сперматозоидах гены, не выгодные эмбриону, но выгодные матери.

Смещение баланса активности генов в «отцовскую» сторону может привести к аутизму, в «материнскую» - к депрессии, психозам и паранойе.

<sup>17</sup> Ген неурексин-1 участвует в синтезе нейромедиатора глутамата - вещества, обеспечивающего контакт между нервными клетками головного мозга.



- введение без глютеновых, без казеиновых и без соевых диет;
- применение антибактериальной и антикандидозной терапий;
- поддержка иммунной системы;
- выведение тяжёлых металлов.

## ТЕХНОЛОГИИ (МЕТОДЫ) КОРРЕКЦИИ АУТИЗМА<sup>18</sup>

**Эвритмия.** Музыка в сочетании с движениями.

Искусство художественного движения, появившееся в начале XX века в Европе. Это сочетание особого гармонизирующего движения, напоминающего танец и пантомиму, с поэтической речью или музыкой. Эвритмическое движение является по характеру художественным и одновременно целительным, потому что основано на глубоком переживании и понимании красоты и законов музыки и речи.

**Изменение точки отсчета.** Изменение отношения родителей, воспитателей, учителей и т.д. к проблеме аутичного ребенка. Отношение к больному ребенку, не способного ни к чему, заменяется на отношение к необычному ребенку, способного на многое.

**ТЕАССН терапия, структурное механическое обучение (США, Европа).** Обеспечение как можно большим количеством стереотипных форм взаимодействия с окружающим миром.

Главные области для развития навыков - общение, социализация, практические навыки, обучение независимости и подготовка к взрослой жизни. В основе методики - четкое структурирование пространства и времени через различные формы расписаний, т.е. через визуализацию.

**Терапия ежедневной жизнью (Япония).**

*Метод состоит из трех элементов:*

- установление ритма жизни и стабилизации эмоций через программу ежедневных физических упражнений;
- снятие «духа зависимости» от окружающей среды через групповые занятия;
- поддержка интеллектуального развития через постоянное повторение одинаковых действий (тренировка до изнеможения).

*Метод - обучение через подражание.*

**Эмоционально-уровневый подход.** Разработан в 1980-х годах XX века.

*Авторы:* сотрудники НИИ дефектологии АПН СССР - В.В. Лебединский, К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг.

Теоретической основой метода стала концепция об уровне строении системы эмоциональной регуляции В.В. Лебединского.

---

<sup>18</sup> Морозов С.А. Современные подходы к коррекции детского аутизма. Обзор и комментарии. М.: Общество помощи аутичным детям «Добро», 2010.

Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция, М., 1990.

*Коррекционная работа стоит из следующих этапов:*

- установление эмоционального контакта;
- стимуляция активности, направленной на взаимодействие, снятие страхов, купирование агрессии и самоагрессии;
- формирование целенаправленного поведения.

***Удерживающая терапия (холдинг-терапия).***

Метод терапии принудительным удержанием был предложен американским психиатром М. Вэлш в первой половине 80-х годов XX века.

Этот метод состоит в попытке форсированного, почти насильственного образования физической связи между матерью и ребёнком, т. к. именно отсутствие этой связи считается сторонниками этого метода центральным нарушением при аутизме. Другие аспекты проявления аутизма, например, такой, как глобальный дефицит языкового общения, либо игнорируются, либо их значимость снижается.

Внешне метод выглядит следующим образом: мать прижимает ребёнка к себе, но таким образом, чтобы можно было смотреть ему в глаза.

*Три стадии холдинга:*

- стадия конфронтации (ребёнок противится началу холдинга);
- стадия конфликта (ребёнок вырывается, кусается, плюётся, мать успокаивает ребёнка, говорит о своей любви);
- стадия разрешения (сопротивление прекращается, ребенок устанавливает с матерью контакт «газа в глаза»).

По мнению В.В. Лебединского, холдинг-терапия может применяться лишь в тех случаях, когда остальные возможности помощи ребёнку исчерпаны.

***Метод сенсорной интеграции.*** Используется сенсорная стимуляция с учетом возможностей ребенка к переработке сенсорной информации. Стимуляция может касаться слуха, зрения, вкуса, осязания, ориентации в пространстве и т.д.

Терапия с помощью сенсорной интеграции основывается на предположении, что ребенок либо чересчур возбужден, либо недостаточно возбужден окружающей обстановкой. Таким образом, цель сенсорной интеграции - совершенствовать способность мозга обрабатывать сенсорную информацию, таким образом, что ребенок начинает лучше коммуницировать в повседневной жизни.

*Примеры сенсорной интеграции:*

- Раскачивание в гамаке (ориентация в пространстве).
- Танец под музыку (слуховая система).
- Игра с коробочками, наполненными фасолью (тактильные ощущения).
- Ползание в туннелях (прикосновение и ориентация в пространстве).
- Прикосновение к раскачивающимся шарикам (зрительно-тактильная координация).

- Вращение на стуле (баланс и зрение).
- Балансирование на перекладине (баланс).
- Массаж.

### ***Музыкальная терапия.***

Терапия широко используется с середины XX в. Эксперты отмечают такие положительные результаты:

- развитие коммуникативных навыков;
- мотивация к взаимодействию;
- развитие творческих навыков и потребности в самовыражении;
- улучшение памяти и концентрации внимания.

Терапия начинается со знакомства с инструментом. Инструктор все время находится на виду у ребенка. Ребёнок пробует самостоятельно извлекать звуки или подражать им голосом. Коррекция также может проходить в форме танца

### ***Пет-терапия, или зоотерапия (лечение с помощью животных.)***

Терапия направлена на развитие коммуникативных навыков аутистов. Доказано, что тесное взаимодействие с животными снижает частоту вспышек насилия у детей, а также избавляет от головных болей и бессонницы. Чаще всего пет-терапию проводят с собаками и лошадьми, однако встречаются случаи использования в лечении кошек и дельфинов. Практика лечения аутизма с помощью дельфинов не так распространена, но признана не менее эффективной. При общении с дельфином дети развивают концентрацию и коммуникативные способности.

Иппотерапия.

Канис-терапия (собаки).

Фелинотерапия (кошки).

Дельфинотерапия<sup>19</sup>.

### ***Метод прикладного анализа поведения АВА (Applied behavior analysis).***

АВА-терапия - это интенсивная обучающая программа, которая основывается на поведенческих технологиях и методах обучения.

Метод АВА для работы с детьми с аутизмом впервые был использован доктором Иваром Ловаасом (Ivar Lovaas) и его коллегами из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе в 1963 году. В основу была взята идея, что любое поведение влечет за собой некоторые последствия, и если ребенку последствия нравятся, он будет это поведение повторять, а если не нравятся, то не будет.

При этом подходе все сложные навыки, включая речь, творческую игру, умение смотреть в глаза и другие, разбиваются на мелкие блоки - действия. Каждое действие разучивается с ребенком отдельно, затем действия соединяются в цепь, образуя сложное действие.

---

<sup>19</sup> Манжосова Г.В., Илюхина В.А., Батуев А.С. Психофизиологические критерии адаптации детей к тактильному взаимодействию с дельфинами // Психологический журнал. 2008. №2. С.107-120.

Взрослый не пытается давать инициативу ребенку, а достаточно жестко управляет его деятельностью. Правильные действия закрепляются до автоматизма, неправильные - строго пресекаются. Для достижения желаемого поведения используют подсказки и стимулы, как положительные, так и отрицательные. Закрепленным навык считается только тогда, когда ребенок сможет выполнять это действие без ошибок в 80 процентах ситуаций вне зависимости от того, в какой атмосфере и кем было дано задание.

В рамках обучающей программы по методике АВА ребенок всегда ведомый, его свобода и инициативность ограничены выбором обучающего взрослого. Для каждого ребенка составляется индивидуальный план поэтапного развития. Ребенок может осваивать одновременно два-три не связанных между собой навыка, педагогом выстраивается четкая система усложнения и поэтапного освоения все новых и новых навыков.

Конечная цель АВА - дать ребенку средства осваивать окружающий мир самостоятельно.

**Метод «Томатис».** Стимуляция головного мозга через неоднократные аудиотренировки с использованием специальных устройств, стимулирующих функцию мозга, развивают его способность к эффективной обработке сенсорной информации.

*Арт-терапия, сказкотерапия, песочная терапия и т.д.*

**Коррекционно-развивающая (психологическая) работа с аутичным ребенком:**

- **1 этап** – создание адекватно организованной среды.
- **2 этап** - отработка важнейшей реакции оживления и слежения:
  - формирование зрительно-моторного комплекса в процессе манипуляции с предметами;
  - развитие тактильного, зрительно-тактильного, кинестетического, мышечного восприятия.
- **3 этап** – переход от манипулятивной игры к сюжетной игре:
  - побуждение к деятельности;
  - многократное повторение игр;
  - формирование игровых штампов с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса.
- **4 этап** – введение более сложных игр (коммуникативных и т.д.) и самой моторной деятельности.

Словесные инструкции необходимо давать в краткой форме, конкретно, последовательно и многократно.

## **ДИАГНОСТИКА РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА**

**Скрининг:**

- 50% родителей замечают необычное поведение ребенка до 18 меся-

цев, а к 24 месяцам - уже 80 % родителей.

Время появления первых симптомов РДА от 30 до 48 месяцев<sup>20</sup>.

**Признаки аутизма для родителей:**

- к 12 месяцам жизни ребенок еще не лепечет;
- к 12 месяцам не жестикулирует (не указывает рукой на предметы, не машет рукой на прощанье и т.д.);
- к 16 месяцам не выговаривает слов;
- к 24 месяцам не произносит спонтанно фразы из двух слов (за исключением эхоталаии);
- в любом возрасте происходит потеря какой-либо части языковых или социальных навыков.

Диагностики для выявления аутичных детей не существует.

**Наблюдение:**<sup>21</sup>

- Диагностическая карта.
- Сравнительная характеристика развития детей в норме и при аутизме.

**Сравнительная характеристика развития детей в норме и при аутизме<sup>22</sup>**

**Развитие речи**

Возраст в месяцах	Нормальное развитие	Развитие при аутизме
2	Произношение гласных звуков, гуление.	-
6	«Диалоги» в виде издавания гласных звуков, поворачивание в сторону родителей.	Плач тяжело интерпретировать.
8	Различные интонации в гулении, включая интонации вопроса. Повторы слогов: ба-ба-ба, ма-ма-ма. Появляются указывающие жесты.	Ограниченное или необычное гуление (визги или крики). Не имитируют визги, жесты, выражения.
12	Появление первых слов. Использование лексики с интонацией, похожей на предложение. Игра с использованием гласных звуков. Использует жесты и вокализацию для привлечения внимания, указывания объектов и для просьб.	Могут появиться первые слова, но часто не используются со значением. Частый громкий крик, остающийся трудным для интерпретации.
18	Словарный запас 3-50 слов. Начинает составлять словосочетания из 2 слов. Перенесение значений слов (напр., папа - обращение ко всем мужчинам).	

<sup>20</sup> Диагностическая карта Лебединской К.С. и Никольской О.С.

<sup>21</sup> Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.

<sup>22</sup> Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.

	Использование языка для комментариев, просьб и при совершении действий. Стараются привлечь внимание людей. Возможны частые эхолалия и имитация.	
24	Сочетания от 3 до 5 слов («телеграфная речь»). Задает простые вопросы (напр.: «Где папа?», «Идти?»). Использование слова это сопровождается указывающими жестами. Называет себя по имени, но не как «я». Может кратко повторить высказывания. Не может поддержать тему разговора. Речь сфокусирована на настоящее время и место.	Обычно словарный запас менее 15 слов. Слова появляются, затем исчезают. Жесты не развиваются; присутствует несколько указывающих на объект жестов.
36	Словарный запас около 100 слов. Многие грамматические морфемы (мн.ч., предлоги и др.) используются должным образом. Эхолалическое повторение редкое. Возрастает использование речи для обозначения «там» и «тогда». Задает много вопросов, главным образом для продолжения разговора, а не для получения информации.	Комбинации слов встречаются редко. Может повторять фразы, эхолалия, но использование языка не творческое. Плохие ритм, интонация. Бедная артикуляция примерно у половины говорящих детей. У половины или более детей речь не осмысленная (без осознания значений). Берет родителей за руку и ведет к объекту, подходит к месту его привычного расположения и ждет пока ему дадут предмет.
48	Использует комплексные структуры предложения. Может поддерживать тему разговора и добавлять новую информацию. Спрашивает объяснения высказываний. Приспосабливает уровень речи в зависимости от слушателя (напр., упрощает для двухлетнего слушателя).	Может творчески создать несколько комбинаций из 2-3 слов. Эхолалия остается: может использоваться при коммуникации. Копирует ведущих ТВ-передач. Произносит просьбы.
60	Использует большой комплекс речевых структур. В основном владеет грамматическими структурами. Способен оценивать предложения как грамматические/неграмматические структуры и делать исправления. Развивает понимание шуток и сарказмов, узнает вербальные двусмысленности. Рост способности приспособления речи в зависимости от слушателя.	Нет понимания или выражения абстрактных концепций (времени). Не может поддерживать разговор. Неправильно использует высказывания. Присутствует эхолалия. Редко задает вопросы; если они появляются, то носят повторяющийся характер. Нарушены тон и ритм речи.

## Развитие общения и игры

Возраст в месяцах	Нормальное развитие	Развитие при аутизме
2	Поворачивает голову и глаза на звук. Улыбается при общении.	-
6	Протягивает руки в ожидании, когда его возьмут на руки. Повторяет действия, имитируя взрослого.	Менее активен, требователен, чем ребенок с нормальным развитием. Некоторые дети очень возбудимы. Слабый зрительный контакт. Нет ответных социальных проявлений.
8	Отличает родителей от незнакомых людей. Игры типа «Дай и возьми» с обменом предметами со взрослыми. Игры в прятки («ку-ку») и др. сходные по сценарию. Показывает объекты взрослым. Машет рукой на прощание. Плачет или ползет за мамой после того, как она уходит из комнаты.	Ребенка трудно успокоить, если он огорчен. Около 1/3 детей чрезмерно замкнуты и могут активно отвергать взаимодействие. Около 1/3 детей любят внимание, но мало выражают интерес к другим.
12	Ребенок чаще инициирует игры. Ведущая в той же мере, как и отвечающая роль при взаимодействии. Возрастает зрительный контакт со взрослыми во время игр с игрушками.	Контакты обычно уменьшаются, как только ребенок начинает ходить, ползать. Не волнуется при разлуке с матерью.
12	Появляется что-то похожее на игру: показывает, предлагает, берет игрушки. Игра с самим собой или параллельная являются более типичными.	
24	Появляются эпизоды, похожие на игру. При активной деятельности проявляется деятельность, похожая на игровую (напр., игры типа «Догони и догнись» в большей степени, чем общая игра с игрушками).	Обычно отличает родителей от других, но большой привязанности не выражает. Может обнять, поцеловать, но делает это автоматически, если его кто-то попросит. Не различает взрослых (кроме родителей). Могут иметь место сильные фобии. Предпочитают быть в одиночестве.
36	Обучается взаимодействию со сверстниками. Эпизоды поддержания взаимоотношений со сверстниками. Часто ссорится со сверстниками. Любит помогать родителям в ведении домашнего хозяйства. Любит смешить других. Хочет сделать что-то хорошее родителям.	Не допускает к себе других детей. Чрезмерно возбудим. Не понимает значения наказания.
48	Распределяет роли со сверстниками в	Не способен понять правила игры.

	<p>социо-драматической игре. Предпочитает друзей по игре. Взаимодействует со сверстниками вербально, иногда физически. Исключает нежелательных детей из игры.</p>	
--	---	--

### Развитие воображения

Возраст в месяцах	Нормальное развитие	Развитие при аутизме
6	Недифференцированные действия с одним объектом.	-
8	Действия дифференцированы в соответствии с характеристиками объектов. Использование 2 объектов в комбинации (такое их использование не является социально приемлемым).	Повторяющиеся движения доминируют в деятельности во время бодрствования
12	Социально приемлемые действия с объектами (функциональное использование объектов). Использует 2 или более объектов.	
18	Частые символические действия (воображает разговор по телефону, процесс питья и т.д.). Игра связана с каждодневным распорядком дня ребенка.	Активная роль в деятельности, похожей на игру.
24	Часто использует правила игры применительно к куклам, игрушечным животным, взрослым (напр., кормит куклу). Выполняет действия, похожие на неограниченную собственную деятельность (воображает, что гладит белье). Развиваются несколько последовательных воображаемых действий (накормить куклу, укачать ее и уложить в постель). Воображаемая игра приводится в движение с помощью игровых предметов.	Небольшая любознательность/исследование окружающей среды. Необычное использование игрушек и расположение объектов по линии.
36	Перепланировка символической игры, объявление о попытке и поиске нужных предметов. Замена одного объекта другим (напр., кубиком заменяется машина). Объекты воспринимаются как имеющие независимую деятельность (например, куклы поднимают свою собственную кружку).	Часто произносит названия объектов. Не владеет символической игрой. Продолжительные повторяющиеся движения покачивания, кружения, походка на носках и т.п. Долгий взгляд на свет и т.д. Многие обладают хорошими способностями в зрительных/моторных манипуляциях, таких как в головоломке «Собери



		картинку из частей».
48	<p>Социодраматическая игра — творческая игра с двумя или более детьми. Использование пантомимы для представления предмета, в котором нуждается (напр., воображает наливание из несуществующего чайника). Темы реальной жизни и фантазии могут играть важное значение в течение продолжительного времени.</p>	<p>Функциональное использование объектов. Некоторые действия направлены на куклы и др.; в основном, ребенок выступает в качестве ведущего лица.</p> <p>Символическая игра, если такая есть в наличии, ограниченная до простейшей, повторяющейся схемы.</p> <p>По мере того как развиваются навыки творческой игры, продолжает проводить значительное количество времени, не занимаясь игровой деятельностью.</p> <p>Многие не комбинируют игрушки в игре.</p>
60	<p>Речь очень важна при представлении темы, распределении ролей и разыгрывании драмы.</p>	<p>Нет способностей к пантомиме.</p> <p>Нет социодраматической игры.</p>

## **ДИАГНОСТИКА БАЗОВОЙ АФФЕКТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ**

Теория аффективной регуляции была разработана в школе К.С. Лебединской, В.В. Лебединского, О.С. Никольской (1990, 2000) на модели раннего детского аутизма. Сложноорганизованная, многоуровневая система аффективной регуляции лежит в основе всей психической деятельности ребенка.

Аффективная система начинает формироваться на самых ранних этапах развития ребенка. Эта система теснейшим образом связана как с формированием пространственно-временных представлений, так и с произвольной регуляцией деятельности.

Базовая аффективная регуляция может быть представлена в виде структуры, состоящей из четырех уровней.

1. Уровень полевой реактивности (аффективной пластичности).
2. Уровень аффективных стереотипов.
3. Уровень аффективной экспансии.
4. Уровень аффективного (эмоционального) контроля.

Каждый уровень имеет свою смысловую задачу, свои механизмы регуляции, вносит свой вклад в общую тонизацию всей психической деятельности. Эти уровни являются в своем роде «единицами» эмоционально-аффективной сферы.

На каждом из уровней решаются качественно различные задачи адаптации. Эти уровни не могут подменить друг друга, и ослабление или усиление функционирования какого-либо из них может привести к общей дезадаптации системы в целом.

В процессе развития ребенка механизмы аффективной регуляции преобразуются, совершенствуются, включаясь в единый процесс адаптации в наиболее широком смысле этого понятия.

Остановимся на том, что происходит на каждом уровне аффективной регуляции.

### **1. Уровень полевой реактивности.**

Участвует в решении базальных задач адаптации организма к внешнему миру. Смысл этого уровня - организация аффективной преднастройки организма к активному контакту с окружающим миром. Эта форма аффективной оценки ограничена непосредственной ситуацией, наименее энергоемка, но адекватна для решения определенного круга задач. Организм реагирует лишь на интенсивность воздействий внешнего мира, не оценивая качество воздействия.

Этот уровень является наиболее «примитивным» механизмом регуляции, но во многом определяет человеческое поведение в среде, обеспечивая индивиду безопасность и эмоциональный комфорт. В то же время первый уровень вносит важный вклад в процесс творческого решения тех или иных задач. Он обеспечивает ощущение результата как наития, где красота и гармония являются первым сигналом правильности принятого решения.

Аффективно значимыми на этом уровне являются оценка динамики интенсивности внешних воздействий: движения, изменения пространственных соотношений в окружающем.

Именно на этом уровне начинают формироваться собственные психотехнические приемы стабилизации аффективной жизни (душевного равновесия), которые в настоящее время входят в состав различных психотерапевтических и психокоррекционных техник.

## **2. Уровень аффективных стереотипов.**

На этом уровне происходит углубление аффективного контакта со средой.

В раннем возрасте этот уровень играет важнейшую роль в отработке приспособительных реакций ребенка - пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью. В дальнейшем он становится компонентом сложных форм адаптации, которые определяют полноту и своеобразие чувственной жизни человека.

Одной из задач этого уровня является регуляция процесса удовлетворения витальных потребностей. Уровень аффективных стереотипов устанавливает контроль за функциями организма, упорядочивает психосоматические ощущения и связывает последние с внешними сигналами. Итогом развития этого уровня является адаптация субъекта к окружающему миру, выработка аффективных стереотипов сенсорного контакта с ним; создание специфической тонизации всей психической деятельности ребенка.

Развитие этого уровня приводит к возникновению первичной аффективной избирательности: оценке соответствия внешнего воздействия витальным нуждам организма, оценке комфорта или дискомфорта в связи с нарушениями процесса удовлетворения потребности.

Важной характеристикой этого уровня является непереносимость, неприятие впечатлений, связанных с изменениями условий жизни. Можно сказать, что именно здесь закладываются основы формирования индивидуальности человека. Аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением наиболее сложных форм поведения человека. Эти стереотипы задают аффективный смысл поведению.

## **3. Уровень аффективной экспансии.**

Обеспечение активной адаптации к изменяющимся условиям внешней среды, достижение аффективно значимых целей через преодоление неожиданных препятствий происходит на третьем уровне аффективной регуляции. Приспособительной, смысловой задачей этого уровня является овладение неизвестной (следовательно, опасной) ситуацией; поиск путей преодоления трудностей; получение положительных тонизирующих переживаний, если преодоление удалось.

Этот уровень позволяет ребенку адекватно оценивать свои силы, рождает потребность в столкновении с препятствием, а также дает информацию о границах собственных возможностей. Подобные аффективные переживания отличаются большой силой и напряженностью.

Аффективная память уровня становится хранилищем нового знания

о себе, здесь происходит накопление опыта успехов и поражений, создается основа для развития уровня притязаний.

Достижение аффективной цели может осуществляться в символическом плане (при фантазировании, в рисовании, в игре). Типом поведения здесь становится активная экспансия на окружающее. Ребенок стремится туда, где опасно, неприятно, поскольку препятствие на пути, неожиданное впечатление не пугают, а вызывают любопытство, гнев, агрессию и тем самым «подпитывают» психическую активность ребенка, тонизируют ее. Адаптационной задачей данного уровня является овладение меняющейся, динамической средой.

#### **4. Уровень эмоционального контроля.**

Смысловой задачей этого «главенствующего» уровня является налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми: формирование правил, норм взаимодействия с ними. С помощью этого уровня обеспечивается контроль социума над индивидуальной аффективной жизнью, она приводится в соответствие с требованиями и нуждами окружающих.

Этот уровень дает возможность выделить аффективные проявления другого человека как сигналы, наиболее значимые для адаптации к окружающему. Значимыми сигналами становятся лицо человека, его мимика, взгляд, голос, интонация, прикосновение, жест. Такая ориентировка позволяет оценить возможные эмоциональные последствия собственного поступка. Положительно здесь оценивается одобрение людей, отрицательно - их негативная реакция.

Этот уровень реально опирается на аффективный опыт других людей, стабильно обеспечивает адекватную реакцию на их оценку, и это является основой для возникновения эмоционального контроля человека над своим поведением - радость от похвалы и огорчение от неприятия. Именно здесь формируется самоощущение, окрашенное эмоциональными оценками других людей, и создаются предпосылки развития самооценки.

Индивидуальный эмоциональный опыт фиксирует запреты и предпочтительные формы контакта с другими людьми. Этот уровень создает образ надежного, стабильного окружающего мира, в котором существуют эмоциональные правила поведения для всех. В случае неудачи субъект обычно уже не реагирует ни уходом, ни направленной агрессией - он обращается за помощью к другим людям.

### **ОБЩАЯ ОЦЕНКА**

Каждый из взаимосвязанных уровней решает свои адаптивные задачи, усложняющиеся в процессе взаимодействия ребенка с миром. Помимо этого вся система выполняет и чрезвычайно важную функцию тонизации всей психической сферы ребенка. При этом каждый уровень обладает специфическими механизмами этой тонизации.

Недостаточная тонизация психической активности приводит к появлению у ребенка специфических трудностей в решении задач адаптации. При этом начинают дополнительно «эксплуатироваться» механизмы данного

уровня. Иногда такой компенсации бывает достаточно, и вся система приобретает некую «устойчивость» для эффективного решения задач адаптации.

При отклоняющемся же развитии ребенка дисфункция какого-либо уровня аффективной регуляции сказывается на функционировании всех остальных уровней. Это способствует формированию общей дезадаптации ребенка.

Таким образом, предлагаемая модель позволяет описать как нормативное, так и отклоняющееся развитие ребенка. Для диагностики и эффективной коррекционной работы чрезвычайно важным является понимание самой структуры уровневой регуляции, характера ее сформированности и специфики компенсации каждого из уровней.

### **ВОЗМОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ**

Для оценки сформированности уровней аффективной регуляции К.С. Лебединской и О.С. Никольской (1991) была предложена диагностическая карта, на основе которой Т.Н. Павлий (1997) была разработана «Карта наблюдений за поведением ребенка, имеющего эмоциональное недоразвитие».

Мы модифицировали карту Т.Н. Павлий в предлагаемую ниже схему наблюдения и анализа поведения ребенка (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, 2000).

Наша схема ориентирована на анализ поведения и эмоциональных реакций ребенка в различных жизненных ситуациях. Каждый из четырех уровней анализируется с точки зрения гипо- или гиперфункционирования, что дает возможность представить как бы «профиль» строения аффективной регуляции. Под гипер- или гипофункцией мы понимаем дисфункцию какого-либо уровня аффективной регуляции. На основе этой схемы возможно создание программ по гармонизации общего профиля или гармонизации уровней.

При анализе функционирования отдельных уровней аффективной регуляции в первую очередь необходимо выявлять и анализировать характер нарушения взаимодействия существующих уровней, особенности закрепившихся гиперкомпенсаторных механизмов, определять целостный синдром аффективной дезадаптации.

Для анализа качественного строения уровней аффективной регуляции возможно использование следующих методик: фрустрационный тест Розенцвейга, методика СОМОР, тест «Рука», методика «Контурный САТ-Н», Цветовой тест отношений, методика «Метаморфозы», ВЕО-тест (Т.Н. Павлий) и др.

Оценка аффективной регуляции ребенка позволяет поставить психологический диагноз в таких случаях, как ранний детский аутизм (искаженное развитие), дисгармоничное развитие (экстра- или интропунитивный тип), задержанное и парциально несформированное развитие, поврежденное или дефицитное развитие.

Частично данные для составления этой схемы можно получить из истории развития ребенка - из психологического анамнеза. Необходимо также непосредственное наблюдение за поведением ребенка.

Анализируя симптомы, выявленные у ребенка в процессе наблюдения

за ним в естественных условиях, можно прийти к заключению о характере дисфункций базальной системы аффективной регуляции в целом. Сопоставляя эти представления с результатами психологической диагностики и сведениями, полученными из анамнеза, можно описать психологическую структуру эмоциональных особенностей ребенка и, самое главное, разработать для него индивидуальный вариант коррекционной программы, основанный на понимании значения пропорционального развития и системного гармоничного иерархичного строения уровней аффективной регуляции в онтогенезе.

## **СХЕМА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПОВЕДЕНИЕМ РЕБЕНКА**

### **1. Уровень полевой реактивности (аффективной пластичности).**

#### *1А. При гипофункции уровня*

а) ребенок чувствителен к интенсивности изменений в процессе контакта и взаимодействия с другими людьми:

- чувствителен к резкой перемене голоса;
- не переносит неожиданного (например, с незнакомым человеком) зрительного контакта, также для него труден длительный зрительный контакт;

- чувствителен к качеству прикосновений, напрягается, отклоняется, если кто-либо неожиданно сильно или резко притягивает его к себе, усаживает, передвигает;

- испытывает беспокойство, напряжение, если кто-либо резко меняет дистанцию во время общения (садится близко, касается коленями);

- замирает, капризничает или отказывается работать при быстрой смене видов деятельности;

б) ребенок чувствителен к изменениям в расположении окружающих объектов в процессе освоения жизненного пространства:

- не любит находиться в пустых, слишком просторных помещениях;
- боится маленьких, закрытых помещений;
- любит порядок, долго раскладывает вещи на парте, пытается как бы все классифицировать, разложить по группам;

в) чрезмерно чувствителен к интенсивности сенсорных впечатлений:

- не любит или боится слишком громких звуков, вида сильного пламени, яркого света, даже незначительных перепадов температуры;

г) в поведении нередко проявляются следующие особенности:

- боится новых впечатлений;
- боязлив, нерешителен при смене обстоятельств, не уверен в собственных силах, часто перестраховывается;

- часто имеет пониженное настроение, бывают резкие перепады в настроении;

- любит играть один.

#### *1Б. При гиперфункции уровня*

а) ребенок не испытывает дискомфорта при интенсивных изменениях во время взаимодействия и общения с другими:

- не устает от случайных и частых контактов с другими людьми, может подолгу находиться среди незнакомых людей, в толпе;
- не боится прикосновений чужих людей;
- нечувствителен к изменению дистанции во время общения;
- нечувствителен к отрицательной эмоциональной оценке;
- б) нечувствителен к качеству сенсорных впечатлений:
  - устойчив к холоду, голоду, боли;
  - неразборчив в еде;
  - не имеет выраженных сенсорных привычек;
  - стремится к частой смене впечатлений;
- в) ребенок отрицательно не реагирует на интенсивное изменение объектов в окружающем во время освоения пространства:
  - не боится высоты, достаточно ловко карабкается, любит смотреть вниз с высоты;
  - не испытывает страха в просторном или тесном помещении;
- г) в поведении чаще всего проявляются следующие особенности:
  - любит частые перемены во внешних обстоятельствах;
  - не боится оказываться на новом месте, любит находиться один, в том числе в незнакомых местах;
  - склонен к бродяжничеству;
  - неадекватно оценивает свои возможности, не критичен;
  - с трудом усваивает правила поведения, не стремится их выполнять;
  - имеет повышенное настроение.

## **2. Уровень аффективных стереотипов.**

### *2А. При гипофункции уровня*

- а) ребёнок чрезмерно чувствителен к качеству сенсорных впечатлений и собственному соматическому состоянию:
  - имеет устойчивые привычки в еде, требователен к качеству пищи, не принимает новых или незнакомых блюд;
  - не любит расставаться с привычной одеждой;
  - не любит перепадов температуры, пищу принимает только той температуры, к которой привык;
  - не может заснуть в непривычной обстановке;
  - часто жалуется на недомогание, не переносит малейшей боли;
  - быстро устаёт, невынослив, часто жалуется на усталость;
  - часто испытывает немотивированный страх за собственное здоровье;
  - испытывает страх темноты, одиночества, высоты, незнакомых людей и обстоятельств;
- б) ребенок испытывает дискомфорт в нестабильных, меняющихся обстоятельствах:

– с трудом привыкает к режиму в детском саду, школе, чувствителен к изменениям в режиме;

– с трудом привыкает к новому учителю, новому коллективу;

– не любит перемен, новых впечатлений, не стремится к ним;

– капризничает, может отказываться от работы или проявлять агрессию при переключении на новый вид деятельности;

в) ребенок испытывает трудности и дискомфорт во взаимодействии и общении с другими людьми:

– не склонен к сотрудничеству, особенно, если оно протекает в непривычных для ребёнка обстоятельствах;

– имеет низкую коммуникативность;

– излишне привязан к людям, жалеющим его;

– имеет склонность к защитным, компенсаторным реакциям и, в случае отрицательной оценки его деятельности, наказаний, раскачивается, сосет палец, тербит предметы и т.п.;

– часто замкнут, неразговорчив, одинок или имеет таких же, как он, друзей;

г) проявляет ряд особенностей в поведении:

– часто имеет пониженное настроение;

– раздражителен, ворчлив;

– имеет ригидную самооценку;

– чувствителен к ритмическим впечатлениям, любит музыку.

### *2Б. При гиперфункции уровня*

а) имеет особое влечение к разнообразным сенсорным впечатлениям и затрудняется в оценке собственных физиологических потребностей:

– отсутствуют устойчивые привычки в еде, всеяден, любит обильную, разнообразную, вкусную пищу, прожорлив;

– стремится к интенсивным, ярким сенсорным впечатлениям (любит смотреть на огонь, дождь и т.д.);

– имеет тягу к неприятным впечатлениям, небрежлив, может взять с пола пищу и съесть ее;

– не боится боли, вынослив.

б) испытывает проблемы в процессе взаимодействия и общения с другими людьми:

– агрессивен по отношению к близким, учителям в тех случаях, когда ему не позволяют осуществить влечение, задуманное действие;

– нечувствителен к нуждам других, если они противоречат удовлетворению собственных;

в) проявляет ряд особенностей в поведении:

– нетерпелив, ригиден;

– склонен к стереотипным аффективным реакциям при давлении со стороны других;

– может быть конформным, если хочет добиться своего.



### **3. Уровень аффективной экспансии**

#### *3А. При гипофункции уровня*

а) ребенок испытывает значительные затруднения в решении проблемных ситуаций:

- не интересуется новыми заданиями;
- быстро пресыщается, теряет цель, отвлекается, отказывается от деятельности, если она вызывает трудности;
- требуется постоянная организация деятельности, стимуляция и одобрение для продолжения деятельности в трудных для ребенка обстоятельствах, самостоятельно работу в случаях затруднения не продолжает;
- испытывает страх перед незнакомыми, новыми, неизвестными обстоятельствами;
- не может принять решение, сделать выбор, преодолеть сопротивление;
- склонен к фантазиям на тему успехов, преодоления преград, риска;

б) испытывает затруднения в общении и взаимодействии с другими людьми:

- имеет невысокую коммуникативность;
  - внушаем, не критичен;
  - ощущает чрезмерную потребность во внимании, поддержке, стимуляции со стороны других людей;
  - может использовать способность других людей к сопереживанию с целью заставить их выполнять его желания;
  - сверхосторожен в восприятии отрицательной оценки;
- в) имеет ряд личностных особенностей:
- испытывает чрезмерную чувствительность к оценке отрицательных впечатлений;
  - может быть боязлив;
  - неуверен в себе, имеет неадекватную самооценку.

#### *3Б. При гиперфункции уровня*

а) ребенок затрудняется в понимании смысла взаимодействия:

- легко вступает в контакт, но к эмоциональному взаимодействию не стремится;
- проявляет кратковременную заинтересованность в заданиях;
- легко заражается состоянием другого человека;
- склонен привлекать внимание к себе любыми доступными средствами, порой даже неадекватными;
- подчиняется требованиям только при интенсивной эмоциональной оценке деятельности, под угрозой наказания;
- часто проявляет негативизм;
- требует постоянной оценки своей деятельности (при этом нечувствителен к ее знаку), постоянного внимания к себе;
- часто провоцирует конфликты между другими, испытывая от это-

го удовольствие;

б) имеет ряд личностных особенностей:

- склонен к вранью, бродяжничеству;
- стремится к опасным, рискованным поступкам, не испытывает страха высоты, темноты и т.п.;
- испытывает влечение к отрицательным, часто гадким впечатлениям;
- получает удовольствие от роли «бандита», негодяя.

#### **4. Уровень эмоционального контроля**

##### *4А. При гипофункции уровня*

а) ребенок испытывает трудности в коммуникации и чрезмерную зависимость от эмоциональной оценки других людей:

- проявляет низкую активность в контакте;
- может ошибаться в определении знака эмоциональной оценки в процессе общения, проявляя особую чувствительность к взгляду, голосу, тактильному контакту, дистанции в общении;
- стремится к привычному кругу общения;
- особо раним во взаимоотношениях даже с близкими людьми;
- испытывает постоянную потребность в положительной оценке, во внимании;
- неуверен в правильности своего поведения, постоянно нуждается в подтверждении этой правильности со стороны других;
- постоянно обращается за помощью к взрослым, несамостоятелен;
- имеет чрезмерную симбиотическую связь с матерью (чаще всего);
- ощущает тревогу, страх, отказывается от деятельности при отсутствии эмоционального соучастия близких;
- в деятельности больше ориентируется не на результаты труда, а на их внешнюю оценку;

б) имеет ряд личностных особенностей:

- внушаем, легко отказывается от своего мнения в пользу мнения значимого человека, часто попадает под аффективное давление других людей;
- мнителен, недоверчив к предложениям других;
- излишне зависим от принятых им норм поведения;
- часто не терпит нарушений в сложившихся взаимоотношениях.

##### *4Б. При гиперфункции уровня*

а) ребенок чувствует чрезмерную потребность в эмоциональном общении с людьми:

- легко вступает в контакт, испытывает удовольствие от общения со случайными людьми, легко заражается их состоянием;
- допускает близкую дистанцию в общении, не чувствуя усталости от общения с людьми, даже малознакомыми;
- не требователен к качеству общения;

- под влиянием других может легко преодолевать трудности, но под влиянием других может и легко отказаться от принятого решения;
- испытывает огромную потребность в восхищении или сопереживании со стороны всех других людей;
- б) имеет ряд своеобразных личностных черт:
  - конформен;
  - несамостоятелен, часто труслив;
  - слепо подчиняется правилам, которые выработаны другими.

***Уточнение диагноза, консультация, коррекция, обучение:***

- Институт коррекционной педагогики Российской академии образования (г. Москва).
- «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук (г. Москва).
- Клиника психиатрии им. С.С. Корсакова (г. Москва).
- Московская медицинская Академия им. И.М. Сеченова.
- Центр лечебной педагогики (г. Москва).
- МБОУ СОШ № 1321 «Ковчег» (г. Москва).
- Общество помощи аутичным детям «Добро» (г. Москва).
- Институт раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург).
- Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург).
- Фонд «Отцы и дети» (г. Санкт-Петербург).

**ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*Никольская О.С.* Специальный федеральный государственный стандарт специального образования детей с нарушениями развития аутистического спектра (рабочие материалы) //Альманах института коррекционной педагогики. 2013. №13.

«...наиболее перспективной формой школьного обучения аутичного ребенка представляется постепенная, индивидуально дозированная и специально поддержанная интеграция в группу или класс детей с отсутствием или меньшей выраженностью проблем коммуникации, возможности которых на данном этапе оцениваются как сопоставимые с его собственной способностью к обучению.

Это может быть как класс общеобразовательной школы, так и классы для детей с ЗПР, и УО» [С.4].

В соответствии с тяжестью аутистических проблем и степени нарушения психического развития мы выделяем четыре группы детей с аутизмом, приводим их характеристики, наиболее значимые для организации обучения, начиная от наиболее тяжелых форм к более легким:

- дети практически не имеют активной избирательности в контактах со средой и людьми и, соответственно, демонстрируют полевое поведение, почти не реагируют на обращение и сами не пользуются речью и невер-

бальными средствами коммуникации;

– дети, имеют лишь примитивные стереотипные формы активного контакта, стремятся к скрупулезному сохранению постоянства и порядка в окружающем и сами используют лишь стереотипные формы поведения, в том числе речевого;

– дети, имеют развернутые, но крайне косные формы контакта с окружающим и окружающими - достаточно сложные, но жесткие программы поведения (в том числе речевого), плохо адаптируемые к меняющимся обстоятельствам. Это создает экстремальные трудности во взаимодействии с людьми и обстоятельствами;

– дети, доступны произвольной организации, но имеют выраженные проблемы концентрации внимания и задержаны в психоречевом и социальном развитии. Трудности взаимодействия с людьми и меняющимися обстоятельствами проявляется в том, что, осваивая социальные правила поведения, дети стереотипно следуют им, проявляя социальную незрелость и наивность.

Неоднородность состава детей с аутизмом требует разработки дифференцированного образовательного стандарта, включающего варианты, дающие возможность максимально охватить этих детей образованием вне зависимости от места проживания, вида образовательного учреждения, тяжести нарушения развития, способности к освоению **«цензового» образования.**

Границы между вариативными формами специального стандарта как и границы между специальным и общим образовательным пространством должны быть проницаемы для ребенка с аутизмом.

Предмет стандартизации образования детей с аутизмом в совпадает с общим и включает:

- результаты образования на каждой ступени;
- структура образовательной программы;
- условия, необходимые для получения образования.

### **Особые образовательные потребности детей с аутизмом:**

#### ***Общие и специфические:***

– в получении специальной помощи средствами образования сразу же после выявления первичного нарушения развития;

– в периоде индивидуальной подготовки к школьному обучению;

– в индивидуально дозированном введении в ситуацию обучения в группе детей;

– в специальной работе педагога по установлению и развитию эмоционального контакта с ребенком, позволяющего оказать ему помощь в осмыслении происходящего;

– в создании условий обучения, обеспечивающих сенсорный и эмоциональный комфорт ребенка, дозировать введение в его жизнь новизны;

– в специальной отработке форм адекватного учебного поведения ребенка, навыков коммуникации и взаимодействия с учителем;

- в особенно четкой и упорядоченной временно-пространственной структуре образовательной среды, поддерживающей учебную деятельность ребенка;
- в организации обучения с учетом специфики освоения навыков и усвоения информации при аутизме;
- в постоянной помощи ребенку в осмыслении усваиваемых знаний и умений, не допускающем их механического использования для аутистимуляции;
- во введении специальных разделов обучения, способствующих формированию представлений об окружающем, отработке средств коммуникации социально-бытовых навыков;
- в индивидуализации программы обучения, в том числе для использования в социальном развитии ребенка существующих у него избирательных способностей;
- в оценке достижений ребенка с учетом специфики шкалы простого и сложного при аутизме;
- в психологическом сопровождении, оптимизирующем взаимодействие ребенка с педагогами и соучениками;
- в психологическом сопровождении, отлаживающем взаимодействие семьи и образовательного учреждения;
- в индивидуально дозированном и постепенном расширении образовательного пространства ребенка за пределы образовательного учреждения.

**Психолого-педагогические технологии адресной работы с детьми,  
имеющими хромосомные и генные нарушения  
Психолого-педагогическое сопровождение детей  
с хромосомными нарушениями**

С развитием инклюзивного образования в России все более актуальными становятся вопросы изучения особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья, их развития, воспитания и обучения. При этом особую категорию детей составляют дети с различными дефектами в генетическом аппарате.

Согласно статистике, около 30 % случаев интеллектуальных нарушений, 40 % случаев аутизма, до 10 % случаев шизофрении обусловлено изменениями в генетическом материале<sup>23</sup>.

Не менее 5 % детей рождается с врожденными и наследственными заболеваниями.

*Врожденные (ненаследственные) заболевания* развиваются из-за нарушения внутриутробного развития плода под воздействием внешних повреждающих факторов. Например, врожденный сифилис, синдром врожденной краснухи, «алкогольный синдром плода» и др.

*Наследственные заболевания* возникают и развиваются в связи с дефектами в генетическом аппарате клеток. Наследственные болезни многочисленны (известно свыше 6000) и разнообразны по проявлениям. Некоторые из наследственных заболеваний выявляются сразу после рождения, другие - в более поздние сроки, а иногда даже через десятки лет.

Среди наследственных болезней выделяют моногенные (генные), мультифакторные и хромосомные.

*Генные болезни* — это многочисленная и разнообразная по клинической картине группа заболеваний, в основе которых лежит мутация одного гена. В настоящее время известно около 5000 моногенных наследственных заболеваний. Дефект одного гена встречается у 1 % живорожденных.

Некоторые генные заболевания обязательно сопровождаются интеллектуальными нарушениями. Это такие болезни как фенилкетонурия (нарушение аминокислотного обмена), галактоземия (нарушение углеводного обмена), болезнь Ниманна-Пика (нарушение липидного обмена), синдром Мартина-Белл (синдром ломкой X хромосомы), болезнь Бурневилля-Прингла, туберозного склероза (во множестве органов и тканей образуются доброкачественные опухоли) и др.

Большая часть генных заболеваний сопровождается различным уровнем интеллектуальных способностей. К ним относятся муковисцидоз

---

<sup>23</sup> Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Генетические механизмы нарушения психики: хромосомные и геномные болезни // Электронный журнал «Психологическая наука и образование». 2010. № 5. С. 277-285.

(поражаются все органы, которые выделяют слизь: бронхолегочная система, поджелудочная железа, печень, потовые железы, слюнные железы, железы кишечника, половые железы), синдром Марфана, «паучьи пальцы», арахнодактилия (нарушения обмена соединительной ткани) и др.

*Мультифакторные болезни* - нарушения, возникающие вследствие взаимодействия гена (или генов) и факторов внешней среды. Число мультифакториальных заболеваний точно не определено, но превышает 2000 и они встречаются у 3% детей. Механизм передачи мультифакториальных заболеваний заключается в том, что некоторые дети наследуют повышенную чувствительность к существующим факторам внешней среды. При влиянии таких факторов повышенная чувствительность может в дальнейшем привести к развитию заболевания. К этой группе заболеваний относятся подавляющее большинство хронических заболеваний, связанных с поражением сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной и других систем.

Считается, что этот механизм действует, например, при некоторых формах врожденных пороков сердца, раковых заболеваниях, некоторых психических расстройствах (например, шизофрении) и др.

К *хромосомным болезням* относятся заболевания, вызванные нарушениями числа и структуры хромосом. Частота хромосомных болезней среди новорожденных составляет 0,5-0,7%, а среди мертворожденных и детей, умерших до года, – 2,2%. Главная клиническая особенность хромосомных болезней – умственная отсталость и множественные пороки развития.

Причиной хромосомных заболеваний может быть нарушением числа хромосом (геномные нарушения):

- Моносомии – отсутствие одной хромосомы из пары (например, синдромом Шерешевского – Тернера – моносомия по половой X-хромосоме);

- Трисомии – возникновение дополнительной хромосомы в паре (например, синдромом Дауна - трисомия по 21 хромосоме).

Другой причиной хромосомных заболеваний является нарушение структуры хромосом:

- Транслокации - обменные перестройки между негомологичными хромосомами (например, транслокационная форма синдрома Дауна).

- Делеции - потери участка хромосомы (например, синдром кошачьего крика – делеция короткого плеча 5 хромосомы).

- Инверсии - повороты участка хромосомы на 180 градусов.

- Дупликации - удвоения участка хромосомы и т.д.

Среди хромосомных перестроек наиболее часто встречаются транслокации и делеции.

При этом существует ряд факторов, влияющих на вероятность рождения детей с генетическими нарушениями:

**1. Возраст бабушки по материнской линии** (по результатам иссле-

дования ученых Университета г. Майсор, Индия<sup>24</sup>). Ученые данного университета проводили исследование на детях с синдромом Дауна. Однако, данные, полученные ими, применимы и к детям с другими генетическими изменениями. В результате проведенных исследований ученые получили следующие данные.

Чем старше была бабушка, когда рожала дочь, тем выше вероятность, что та родит ей внука или внучку с синдромом Дауна. Эта вероятность возрастает на 30% с каждым годом, «упущенным» будущей бабушкой.

Механизм данной связи заключается в следующем: ооциты (будущие яйцеклетки) проходят первое деление мейоза еще во время пребывания женского эмбриона в утробе матери. Именно во время этого деления происходит расхождение гомологичных хромосом - либо правильное, либо нет. Вещества, поступающие из организма матери в развивающийся эмбрион, могут влиять и на развитие половых клеток эмбриона. Девочки рождаются с уже готовым полным набором ооцитов, прошедших первое деление мейоза. Среди этих ооцитов какая-то часть уже несет лишнюю 21-ю хромосому: если этим клеткам суждено быть оплодотворенными, из них получатся дети с синдромом Дауна. И число таких клеток в яичниках новорожденной девочки, судя по всему, зависит от возраста ее матери.

**2. Возраст матери** – 35 лет и старше. Эту связь можно объяснить тем, что в ряде случаев причиной болезни становятся нарушения, возникающие во время второго деления мейоза, которое происходит уже у взрослой женщины.

**3. Слишком молодой возраст матери (до 18 лет).**

**4. Возраст отца** – 45 лет и старше.

**5. Близкородственные браки.**

**6. Рождение в прошлом ребенка с хромосомным заболеванием.**

**7. Наличие у одного из супругов некоторых изменений в структуре хромосом.**

Отличительным признаком хромосомных заболеваний является задержка в физическом, умственном развитии в сочетании с наличием микроаномалий (небольшие морфологические изменения органов). Примеры таких микроаномалий представлены в таблице 1.

### **Морфологические изменения органов, встречающиеся при хромосомных нарушениях**

<b>Череп</b>	<i>Гидроцефалия</i> - увеличение количества спинномозговой жидкости в полости черепа из-за чрезмерной продукции или затруднения оттока, проявляется увеличением и изменением формы черепа
	<i>Микроцефалия</i> - значительное уменьшение размеров черепа и соответственно головного мозга при нормальных размерах других

<sup>24</sup> Malini S. S., Ramachandra N. B. Influence of advanced age of maternal grandmothers on Down syndrome// BMC Medical Genetics. 2006, 7:4.



	частей тела.
	<i>Макроцефалия</i> - пропорциональное увеличение размеров головного мозга и головы по сравнению с телом.
	<i>Брахицефалия (короткоголовость)</i> – увеличение поперечных размеров черепа.
	<i>Долихоцефалия (длинноголовость)</i> – преобладание продольных размеров черепа над поперечными.
	<i>Тригоноцефалия</i> – череп имеет широкую затылочную и узкую лобную части.
	<i>Акроцефалия</i> – высокий череп конической формы, несколько уплощенный в переднезаднем направлении.
	<i>Выступающий или скошенный лоб</i>
	<i>Выступающий или плоский затылок</i>
<b>Лицо</b>	<i>Грубые черты лица</i>
	<i>Плоская, круглая (лунообразная), вытянутая или треугольная форма лица</i>
<b>Глаза</b>	<i>Монголоидный или антимонголоидный разрез глаз</i>
	<i>Эпикантус</i> - складка у внутреннего угла глаза человека
	<i>Блефарофимоз</i> - уменьшение размера глазной щели
	<i>Гипертелоризм</i> - увеличенное расстояние между внутренними углами глаз
	<i>Гипотелоризм</i> - уменьшенное расстояние между внутренними углами глаз
	<i>Птоз</i> – опущение верхнего века
	<i>Микрофтальм</i> – значительное уменьшение глазного яблока
	<i>Экзофтальм</i> – выпячивание глазного яблока
	<i>Эндофтальм</i> - более глубокое в сравнении с нормой положение глазного яблока
	<i>Гетерохромия</i> - различный цвет радужной оболочки правого и левого глаза или неодинаковая окраска различных участков радужной оболочки одного глаза.
	<i>Косоглазие (страбизм)</i>
	<i>Голубые склеры</i>
<b>Брови</b>	<i>Синофриз</i> - сросшиеся брови
<b>Нос</b>	<i>Короткий или клювовидный нос</i>
	<i>Плоская, широкая или седловидная переносица</i>
	<i>Открытые вперед ноздри</i>
	<i>Недоразвитые крылья носа</i>
<b>Челюсть</b>	<i>Прогения</i> - дефект прикуса, при котором нижняя челюсть выступает вперед
	<i>Прогнатия</i> - нарушение прикуса, при котором верхняя челюсть выступает вперед
	<i>Микрогения</i> – чрезмерно маленькая нижняя челюсть
	<i>Макрогения</i> - чрезмерно большая нижняя челюсть
<b>Полость рта и губы</b>	<i>Расщелина неба и губы</i>
	<i>Деформации зубов</i>
	<i>Короткие уздечки языка или губ</i>

	<i>Макрогlossия</i> – аномально большой язык
	<i>Микрогlossия</i> – аномально маленький язык
<b>Ушные раковины</b>	<i>Анотия</i> – отсутствие ушных раковин
	<i>Микротия</i> – недоразвитие ушных раковин
	<i>Макротия</i> – чрезмерно большие ушные раковины
	<i>Измененная или упрощенная форма завитка</i>
	<i>Низко расположенные ушные раковины</i>
<b>Волосы</b>	<i>Алопеция (тотальная, гнездная)</i> – отсутствие волос
	<i>Седая прядь надо лбом</i>
<b>Кожа</b>	<i>Гипертрихоз</i> – избыточный рост волос
	<i>Гиперкератоз</i> - чрезмерное развитие рогового слоя кожи человека
	<i>Повышенная растяжимость кожи</i>
	<i>Складчатая, вялая кожа</i>
<b>Шея</b>	<i>Короткая или длинная шея</i>
	<i>Кожные складки на шее</i>
<b>Грудная клетка</b>	<i>Килевидная или воронкообразная грудная клетка</i>
<b>Конечности</b>	<i>Удлиненные или укороченные конечности</i>
	<i>Варусная или вальгусная деформация конечностей</i>
	<i>Полидактилия</i> – увеличение числа пальцев
	<i>Олигодактилия</i> – уменьшение числа пальцев
	<i>Брахидактилия</i> – укорочение фаланг пальцев
	<i>Арахнодактилия</i> – увеличение длины фаланг пальцев
	<i>Выпуклые ногти</i>
	<i>Гипоплазия (недоразвитие) ногтевых фаланг</i>
	<i>Гепермобильность суставов</i>
<i>Гипотония мышц</i>	
<b>Специфический запах</b>	<i>Мышиный запах, запах «потных ног», запах «кошачьей» мочи, запах плесени, запах аммиака, запах капусты и др.</i>

Перечисленные признаки не всегда являются следствием изменений в генетическом аппарате клеток. Признаком генетических заболеваний всегда является совокупность описанных микроаномалий. При хромосомных изменениях кроме морфологических изменений органов всегда присутствует снижение интеллектуальных способностей и задержка физического развития. Точная диагностика генетических заболеваний возможна только на основании генетической экспертизы (анализа крови на кариотип). На основании исключительно внешних признаков постановка диагноза невозможна.

В настоящее время у человека известно более 700 хромосомных заболеваний. Наиболее распространенными среди них являются синдром Дауна, синдром Вильямса, синдром Лежена и др.

## СИНДРОМ ДАУНА

Актуальность изучения данного синдрома подчеркивается учреждением в 2005 году Международной Ассоциацией Даун синдром (DSI) Всемирного дня человека с синдромом Дауна. По словам известного ученого, генетика Стилианоса Антонаракиса из Женевского университета, выбранная дата – 21 марта - высвечивает уникальность синдрома Дауна, при котором в 21-й паре хромосом присутствует дополнительная, третья хромосома.

Значимость данной проблемы для общества подтверждается созданием центров, оказывающих медицинскую, психологическую, социальную помощь детям и взрослым данной категории, созданием родительских организаций, выпуском специализированной литературы и деятельностью СМИ. Более того, в некоторых европейских странах и США начался выпуск целых серий кукол, имеющих характерные признаки синдрома Дауна.

Синдром Дауна (код по классификации МКБ-10 – Q.90) – это хромосомная патология, характеризующаяся наличием дополнительных копий генетического материала 21-й хромосомы, либо целой хромосомы (трисомия), либо её участков (транслокационная форма, мозаицизм). Для людей с синдромом Дауна характерны определенные фенотипические признаки, соматические заболевания, интеллектуальные нарушения, задержка физического развития. Существует три формы данной патологии:

1. *Регулярная трисомия-21* (95% случаев) возникает в результате нерасхождения хромосом при образовании половых клеток в организме одного из родителей.

Как известно, хромосомный набор человека состоит из 46 хромосом (23 пар, так как все хромосомы человека парные). Половые клетки (яйцеклетка и сперматозоид) содержат по 23 хромосомы, то есть только по одной хромосоме из каждой пары. При оплодотворении (соединении материнской и отцовской половых клеток) восстанавливается нормальный хромосомный набор человека (46 хромосом), и из оплодотворенной клетки развивается организм, все клетки которого будут иметь по 46 хромосом. Однако иногда в процессе образования половых клеток мужчины или женщины происходит нарушение механизма расхождения парных хромосом, и в одну клетку попадают обе копии одной пары. В результате первая зародышевая клетка будет содержать на одну хромосому больше. При синдроме Дауна такой «лишней» хромосомой оказывается хромосома 21-й пары, что приводит к так называемой регулярной трисомии-21 (наличию трех хромосом 21-й пары).

2. *Транслокационный вариант* (3-4%) - лишняя 21-я хромосома или даже только ее часть прикрепляется к другой хромосоме - 13, 14, 15, 21, 22 или другие. При этом у ребенка 46 хромосом, что характерно для нормального хромосомного набора. Такая форма возникает за счет изменения не числа хромосом, а их структуры.

Это единственная форма синдрома, которая может быть «унаследо-

вана» от родителей. В этом случае один из родителей может быть носителем сбалансированной транслокации. В кариотипе этих родителей имеется по 45 хромосом. Одна хромосома состоит как бы из двух частей и содержит генетический материал недостающей хромосомы, поэтому при общем числе хромосом, равном 45, нет утери генетического материала, т.е. перестройка сбалансирована. Однако при соединении такой клетки с нормальной возникает клетка с избыточным хромосомным материалом.

3. *Мозаичная форма* (1-2%) - является результатом нарушения клеточного деления уже после оплодотворения. Поэтому часть клеток плода имеют нормальный хромосомный набор, а часть (около 10%) – лишнюю 21-ю хромосому. Доля клеток с аномальным кариотипом у больных с мозаичной формой болезни Дауна с возрастом может уменьшаться. Интеллектуальные и соматические нарушения при такой форме синдрома Дауна выражены слабее.

Для людей с синдромом Дауна характерны определенные фенотипические признаки:

- плоское лицо (из-за недоразвитых лицевых костей), аномальное укорочение черепа (брахицефалия), плоский затылок, скошенный узкий лоб;
- короткий нос, плоская и широкая переносица, узкие носовые проходы;
- короткая широкая шея, кожная складка на шее у новорожденных;
- глаза с пятнистой радужной оболочкой (пятна Брушфельда);
- вертикальная кожная складка, прикрывающая медиальный угол глазной щели (эпикантус);
- аркообразное нёбо; открытый рот (в связи с низким тонусом мышц и особым строением нёба); широкий, плоский, бороздчатый язык;
- ушные раковины уменьшены в вертикальном направлении, с приросшей мочкой, верхний край уха часто вывернут;
- волосы на голове мягкие, редкие, прямые с низкой линией роста на шее, иногда могут быть безволосые области или, что встречается реже, все волосы могут выпасть;
- короткие конечности; укорочение и расширение кистей и стоп, за счет недоразвития средних фаланг (брахимезофалангия);
- мизинец искривлен (клинодактилия), на нем только две сгибаемые борозды;
- на ладонях только одна поперечная борозда;
- аномальное расстояние между первым и вторым пальцами на стопах ног.

В среднем, рост женщин 145 см, а мужчин – 157 см. Средняя продолжительность жизни – 40-50 лет.

Для данного синдрома характерно появление ряда сопутствующих

заболеваний, таких как:

- врожденные и приобретенные пороки сердца;
- врожденный лейкоз;
- нарушения работы дыхательной системы (недоразвитие легких, пневмонии);
- нарушения работы пищеварительной системы;
- нарушения работы щитовидной железы;
- деформации грудной клетки (килевидная или воронкообразная);
- нарушения зрения, косоглазие, катаракта;
- тугоухость;
- апноэ во сне (обструктивное);
- дефицит клеточного и гуморального иммунитета;
- слабый связочный аппарат, что может приводить к таким нарушениям, как плоскостопие, сколиоз, гиперподвижность суставов, атлантаксиальная нестабильности;
- пониженный мышечный тонус, нарушения координации движений;
- нарушения речи, хриплый голос;
- зубные аномалии;
- эписиндром;
- аутизм.

У детей и взрослых с синдромом Дауна имеются и определенные психологические особенности:

### **1. Особенности развития когнитивных функций.**

**Интеллект:** интеллект снижен до умственной отсталости, средний коэффициент интеллекта (IQ) составляет варьирует от 20 до 75 (по тесту Векслера, норма 80-119) и зависит от возраста начала реабилитации и объема реабилитационных мер.

**Восприятие:** в связи с нарушениями зрения и слуха (часто недиагностированными) восприятие информации часто бывает затруднено; уровень слухового восприятия может меняться в течение дня; обработка информации, полученной на слух, затруднена; имеют хорошие способности к наглядному обучению.

**Внимание:** короткий период концентрации внимания, повышенная утомляемость, отвлекаемость.

**Память:** гипомнезия (уменьшенный объем памяти), для заучивания и запоминания нового материала, освоения новых навыков требуется больше времени, недостаточность слуховой памяти.

**Воображение:** образ не возникает в воображении, а воспринимается лишь зрительно. Способны соотносить части рисунка, однако, соединять их в целое изображение не могут.

**Речь:** нарушения развития экспрессивной речи (как в произношении

звуков так и в правильности грамматических конструкций, заикание); развитие восприятия и понимания речи (импрессивная речь) соответствует возрасту.

**Мышление:** недоступность абстрактных понятий, трудности в формировании способности к рассуждению, выстраиванию доказательств, недостаточность умозаключений, переносе навыков из одной ситуации в другую; затруднено умение решать возникшие практические проблемы. В связи с этим обучение отдельным школьным предметам становится невозможным. Недоразвитие речи этих детей часто маскирует истинное состояние их мышления, создает впечатление более низких познавательных способностей. При выполнении невербальных заданий дети с синдромом Дауна могут показывать те же результаты, что и сверстники.

## **2. Особенности эмоциональной сферы, поведения, личности.**

Характеризуются, в основном послушанием, лёгкой подчиняемостью, добродушием, обаянием, иногда ласковостью, привязчивостью, готовностью делать то, что их попросят. Хорошо развиты подражание, эмпатия, артистизм. Отмечается сохранность элементарных эмоций - страх, радость, грусть. Обычно эмоциональные реакции по глубине не соответствуют причине, вызвавшей их. Чаще они выражены недостаточно ярко, хотя встречаются и слишком сильные переживания по незначительному поводу. Чаще находятся в хорошем настроении, чем в плохом, улыбки.

У детей с синдромом Дауна наблюдается низкая активность, пониженный уровень настойчивости, частое использование поведения, уводящего от задания, непостоянство мотивации, упрямство (имеется в виду качество, которое может быть причиной отказов от выполнения задания). При неудаче они обычно не огорчаются. Не всегда могут правильно оценить результаты своей деятельности, и эмоция удовольствия обычно сопровождает окончание задания, которое при этом может быть выполнено неправильно.

Возможны истерики и агрессивное поведение (из-за невозможности выразить свои желания). У некоторых из этих детей наблюдаются эпилептоидные черты характера: эгоцентризм, чрезмерная аккуратность. Возможны аутостимуляции.

Все вышеперечисленные симптомы (фенотипические особенности, сопутствующие заболевания, психологические особенности) не всегда присутствуют в полном объеме. При наличии нескольких фенотипических признаков можно предполагать синдром Дауна. Точная диагностика синдрома Дауна возможна только на основании анализа крови на кариотип. На основании исключительно внешних признаков постановка диагноза невозможна.

Рождаемость детей с синдромом Дауна одинакова в разных странах, климатических зонах, социальных слоях. Появление ребенка с данным синдромом не зависит от образа жизни родителей, состояния их здоровья, вредных привычек, питания, достатка, образования, цвета кожи, нацио-

нальности. Люди с синдромом Дауна, вероятно, существовали во все времена с момента зарождения человечества, о чем свидетельствуют фигурки из камня, глины, первые из которых датируются 5000 лет до н.э. Кроме того, существует достаточно большое количество картин, на которых изображены люди с характерными признаками синдрома Дауна.

Официальной статистики о количестве людей с синдромом Дауна, проживающих в различных странах на данный момент не существует. Однако синдром Дауна признан одной из наиболее часто возникающих хромосомных патологий, встречающийся у одного ребенка из 700-1000 новорожденных. Соотношение мальчиков и девочек среди новорожденных с синдромом Дауна составляет 1:1.

В странах Европы и в Америке люди с синдромом Дауна считаются полноправными членами общества, включенными в социальные процессы (образование, работа, семья и т.д.), в связи с чем количество отказов от детей с данным диагнозом не превышает 5%. В России же большинство семей отказываются от ребенка с синдромом Дауна в родильном доме, в том числе по рекомендации медицинского персонала.

Люди с синдромом Дауна могут достигать достаточно высокого уровня развития физических и интеллектуальных способностей, на который значительное влияние оказывают своевременно начатые коррекционно-развивающие занятия с ребенком. Большая роль в развитии, воспитании и обучении ребенка в этом случае отводится родителям. Именно от информированности, включенности в развивающие мероприятия, терпения, настойчивости родителей зависят интеллектуальные и физические возможности ребенка.

Значимыми примерами достаточно больших возможностей развития интеллектуальной и физической сфер являются достижения людей с синдромом Дауна в образовании (например, Пабло Пинеда, получивший высшее образование и возможность преподавания в университете), в кинематографическом искусстве (например, Паскаль Дюкен, Стефани Гинз, Паула Саж и др.), в спорте (например, Карен Гафни, Андрей Востриков, Мария Ланговая и др.), в живописи (например, Джудит Скотт, Реймонд Ху, Майкл Джонсон и др.), в музыке (например, Рональд Дженкис, Валерий Твердунов, Мигель Томазен, Саджит Десаи и др.), в работе с детьми (например, Мария Нефедова) и т.д.

### **СИНДРОМ ВИЛЬЯМСА**

Люди с данным синдромом имеют особое строение лица, в специальной литературе называемое «лицом эльфа», поскольку оно напоминает лицо эльфов в их традиционном, фольклорном варианте.

Причина возникновения синдрома: делеция участка, на котором находится около 26 генов, расположенного на длинном плече 7-й хромосомы.

Частота рождаемости: 1 на 20 000 новорожденных.

Соотношение мальчиков и девочек – 1:1.

Описан в 1961 году кардиологом из Новой Зеландии Дж. Вильямсом.

Признаками, характерными для синдрома Вильямса, являются:

- плоское переносье,
- своеобразная форма носа с плоским тупым концом,
- большой рот с полными губами (особенно нижней),
- мясистые полные щеки;
- маленький слегка заостренный подбородок;
- эпикантус (вертикальная складка кожи полулунной формы, прикрывающая внутренний угол глазной щели);
- опущенные припухлые веки,
- широкий лоб,
- своеобразный разрез глаз, цвет радужки глаза ярко – голубого цвета (глазные яблоки могут иметь такой же оттенок);
- низко посаженные уши;
- выступающий затылок;
- узкая грудная клетка;
- удлиненная шея;
- низкая посадка талии;
- голос низкий и хрипловатый.
- длина и масса тела детей отстают во все возрастные периоды; рождаются они также со сниженной массой тела;
- сердечно-сосудистые заболевания из-за повышенного содержания кальция в крови.

Особенности психического развития детей с синдромом Вильямса:

- Интеллектуальные нарушения (IQ от 40 до 80 по тесту Векслера, норма 80-119).
- Трудности в обучении (особенно в математике).
- Нарушения сенсорной интеграции с гиперчувствительностью к звуку и «гравитационной тревожностью». Это значит, что у ребенка повышенная чувствительность к звукам и плохое равновесие (сложность представляют неровные поверхности, лесенки и т.д.).
- Проблемы с пространственными представлениями, организацией и планированием деятельности.
- Гиперактивность с эмоциональной лабильностью, импульсивностью, дефицитом внимания.
- Повышенная тревожность и страх новизны.
- Нередко выявляются неврозоподобные нарушения - энурез, страхи, навязчивые действия.
- Достаточно хорошо развита устная речь, причем она очень выразительна, эмоциональна и иногда даже поэтична.
- Обладают значительным музыкальным талантом. Причиной этого является гиперacusia - увеличение чувствительности структур уха к зву-



кам, вплоть до того, что иногда некоторые звуки могут вызывать у них боль или неприятные ощущения. Концентрировать свое внимание на многих вещах они не способны, однако играть на музыкальных инструментах, слушать музыку или петь, могут с завидным упорством. Подавляющее большинство не умеет читать ноты, при этом обладая практически абсолютным слухом, прекрасной музыкальной памятью и исключительным чувством ритма.

Дружелюбные, добрые, покладистые, ласковые, веселые, разговорчивые.

При обучении такого особенного ребенка, необходимо учитывать излишнюю смешливость, непосредственность в действиях и приподнято – дурашливое настроение. Все занятия должны проходить в спокойной обстановке, а из помещения необходимо убрать всё постороннее и отвлекающее.

### **СИНДРОМ ЛЕЖЕНА**

Причиной возникновения синдрома Лежена (синдром кошачьего крика) является отсутствие фрагмента 5-ой хромосомы. Частота рождаемости: 1 ребенок на 50000 новорожденных. Соотношение мальчиков и девочек – 3:4 соответственно. Описан в 1963 году французским ученым Жеромом Леженом.

Для синдрома Лежена характерны:

- Особый плач ребёнка, напоминающий кошачье мяуканье, причиной которого является изменение гортани (сужение, мягкость хрящей, уменьшение надгортанника, необычная складчатость слизистой оболочки) или недоразвитие гортани. Около 1/3 детей теряют эту особую характерную черту до 2 лет.

- Низкий вес ребенка при рождении и низкие темпы развития (в первую очередь физического), пониженный мышечный тонус.

- Существенная задержка развития когнитивных, речевых функций и функций движения.

- Сложности в формировании социальных навыков.

- Проблемы с поведением, такие как: гиперактивность, агрессия, истерики и однообразные движения.

- Мозговой череп относительно малых размеров (микроцефалия) или долихоцефальной формы (значительное преобладание продольных размеров над поперечными) или с выступающими лобными буграми.

- Широко расположенные глаза, косой разрез глаз, полные щеки.

- Эпикантус (складка у внутреннего угла глаза).

- Плоская спинка носа.

- Опущенные углы рта.

- Малый размер нижней челюсти.

- Низкое расположение и деформация ушных раковин.

- Косолапость, плоскостопие и др.

## ТЕХНОЛОГИИ АДРЕСНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ХРОМОСОМНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

При работе специалистов с детьми, имеющими хромосомную патологию, необходимо учитывать особенности, присущие синдрому, и руководствоваться следующими принципами:

1. Задействование разных каналов восприятия. В первую очередь необходимо обеспечить наглядность обучения, а для улучшения результата подключить осязание, слух, обоняние и вкус.

2. Процесс усвоения новых знаний должен идти мелкими шагами, более целесообразно разбивать одно задание на несколько частей.

3. Занятия нужно сделать как можно более интересными и приятными для ребенка.

4. Отмечать малейшие достижения и успехи ребенка.

5. Необходимость работать не только с ребёнком, но и с его окружением, прежде всего – с семьей.

При развитии и коррекции детей и взрослых с хромосомными нарушениями можно использовать следующие методики:

### **1. Плавание** (со 2-3 недели)<sup>25</sup>.

Методика обучения плаванию основана на врожденном плавательном рефлексе ребенка. Занятия в воде ведут к совершенствованию органов кровообращения и дыхания. В воде снимается нагрузка на позвоночник и формируется правильная осанка. Активное движение укрепляет кости, мышцы и предупреждает развитие плоскостопия. Укрепляется нервная система. Крепче становится сон, улучшается аппетит, повышается общий тонус организма. Совершенствуются движения, увеличивается выносливость.

### **2. Зоотерапия: иппотерапия, дельфинотерапия.**

*Иппотерапия* (коррекционная верховая езда) развивает моторные навыки, формирует мышечный корсет, тренирует слабые мышцы, развивает речевые навыки, расширяет кругозор и улучшает психоэмоциональное состояние детей. Общение с лошадьми, уход и забота о них повышает чувство доверия, терпения, уменьшает тревожность.

*Дельфинотерапия* укрепляет центральную нервную систему, иммунитет, улучшает функцию внутренних органов и эндокринных желез. Занятия с дельфинами обучают ребенка самостоятельности и независимости от посторонней помощи. Ребенок запоминает позитивные модели поведения в незнакомой обстановке и в дальнейшем легче адаптируется в социуме.

### **3. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки»** (с 6-8 недель до 4 лет)<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> Фирсов З.П. Плавать раньше, чем ходить. М.: Физкультура и спорт, 1978.

Янушатец Н.Ю. Плавать раньше, чем ходить. СПб.: Питер, 2003.

<sup>26</sup> Питерси М., Трилор Р., Маленькие ступеньки: программа ранней педагогической помощи детям / Пер. с англ. Н.С. Грозной. М.: Институт общегуманитарных исследований, Ассоциация Даун Син-

Программа разработана в австралийском университете Маккуэри (Сидней, Австралия, 1975), рекомендована к использованию Министерством образования РФ. Методика представлена в 8 книгах, охватывающих определенные области развития: общую моторику, речь, двигательную активность, навыки тонкой моторики, самообслуживания, социальные навыки ребенка.

#### **4. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями<sup>27</sup>.**

Программа разработана специалистами по раннему вмешательству, имеющими образование и опыт работы в различных областях и помогает обеспечить адекватные и полноценные программы раннего вмешательства для детей с нарушениями. Программу Каролина можно использовать как в специальных центрах, так и в домашних условиях.

#### **5. Методика формирования основных двигательных навыков (от 3-х месяцев до 3-4 лет)<sup>28</sup>.**

Автор программы - Петер Лаутеслагер, голландский физиотерапевт. Направлена на двигательное развитие ребенка. Включает в себя тестирование уровней развития основных двигательных навыков ребенка и составление программы занятий с ним.

#### **6. Система пошагового обучения «Шаг за шагом» («Step by step»)<sup>29</sup>.**

Разработана специалистами Джорджтаунского университета (Вашингтон, США). Направлена на формирование навыков самообслуживания и навыков ухода за домом, что влечет за собой повышение уровня самостоятельности и социальной адаптации ребенка.

#### **7. Социально-психологическая модель Портаж (Portage)<sup>30</sup>.**

Методика разработана в США в 70-х годах прошлого века. Разделы Портажа включают стимуляцию младенца, социализацию, познавательную деятельность, развитие двигательной активности, речи, навыков самообслуживания. В методике Портаж последовательно расписаны все навыки, умения и знания, которыми в результате целенаправленного обучения должен овладеть ребенок. В ней четко определено: чему учить, когда учить и как учить. Семья посещается специалистом по домашнему визитированию.

#### **8. Преодоление отклоняющегося поведения у детей<sup>31</sup>.**

---

дром, 2001.

<sup>27</sup> Джонсон-Мартин Н.М., Дженс К.Г. Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями. СПб, 2005.

<sup>28</sup> Лаутеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения / Пер. с англ. О.Н. Ертановой при участии Е.В. Клочковой. М.: Монолит, 2003.

Поле Е.В., Жиянова П.Л., Нечаева Т.Н. Формирование основных двигательных навыков у детей с синдромом Дауна. М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2010.

<sup>29</sup> Урядницкая Н.А. Самостоятельность во всем // Синдром Дауна XXI век. 2010. №1 (4). С. 21-24.

<sup>30</sup> Руководство по раннему обучению (Портедж, США) 3-6 лет. Вып. 17. СПб.: «XXI век», 1995.

Руководство по раннему обучению (Портедж, США) вып. 1-16. СПб.: Институт раннего вмешательства, 1992.

<sup>31</sup> Грозная Н.А. Преодоление отклоняющегося поведения у детей с синдромом Дауна // Синдром Дауна XXI век. 2010. №2 (5). С. 26-33.

Авторы: Кэтлин М. Фили, Эмили А. Джоунз, университет Лонг Айленд, Нью-Йорк, США. Методика основана на принципах функционального анализа поведения. Авторы описывают четырехкомпонентный подход к коррекции нежелательного поведения.

### **9. Методика «Макатон».**

Авторы: Маргарет Уолкер, Катерина Джонстон и Тони Комфорс. Датой создания можно считать 1972 год – год выпуска базового словаря языка Макатон.

Макатон – искусственно созданный жестовый язык, который используется педагогами для помощи детям с различными коммуникативными нарушениями. Макатон успешно используется в случаях с аутизмом, синдромом Дауна, для детей с различными психо-неврологическими заболеваниями, а также для детей с нарушениями слуха и дополнительными проблемами. Специалисты утверждают, что Макатон помогает полностью здоровым детям успешнее овладеть речью – жестовая речь может быть сформирована в более раннем возрасте, чем словесная.

РБОО «Центр лечебной педагогики» – эксклюзивный представитель программы «Макатон» в России.

### **10. Методика развития речи и обучения чтению Ромены Августовой<sup>32</sup>.**

Система Ромены Августовой включает методику развития речи, а также обучения чтению детей с проблемами в развитии.

### **11. Методика Кристель Манске (адаптированный вариант)<sup>33</sup>.**

Методика предполагает, что каждой букве и звуку соответствуют определенные жест или действие, имеющие с ними ассоциативную или смысловую связь. Методика опирается на сенсорную память и позволяет легче и доступнее, в игровой форме, усваивать буквы.

### **12. Система «Нумикон».**

«Нумикон» – это набор учебного материала и специально разработанная методика для работы с ним при обучении основам математики. Числа в наборе наглядного материала представлены формами-шаблонами, окрашенными в разные цвета, что делает их доступными для зрительного и тактильного восприятия. В набор входят цветные штырьки, панель и карточки с заданиями. Манипуляции ребенка с деталями приводят к тому, что действия с числами становятся наглядными и осязаемыми. Это позволяет успешно обучить детей с синдромом Дауна основам математических знаний.

### **13. «Методика замещающего онтогенеза»<sup>34</sup>.**

Коррекционно-развивающий процесс предполагает возвращение назад по онтогенезу (принцип «замещающего онтогенеза» Семенович А.В.

---

<sup>32</sup> Августова Р.Т. Говори! Ты это можешь: Книга для родителей. М., 2002.

<sup>33</sup> Терентьева К.Ю. Использование жестов при изучении букв и звуков русского языка // Синдром Дауна XXI век. 2011. №2 (7). С. 42-46.

<sup>34</sup> Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С. Современная методика развития детей от рождения до 9 лет. М., 2009.

и Архипова Б.А.) и новое выстраивание программы психического развития. В ходе занятий стимулируется биологически правильный двигательный стереотип ребенка, активизируется психомоторная программа развития с учетом её этапности по методу В. Войта (стабилизация равновесия, перевороты, ползание с постепенной вертикализацией).

Занятия по методике предполагают гармоничное развитие всех высших психических функций головного мозга (память, внимание, мышление, восприятие, самоконтроль и т.д.). К основным коррекционно-развивающим направлениям программы можно отнести:

- развитие стволовых структур и вестибулярно-моторных координаций (основа работоспособности, телесного здоровья и иммунитета);
- развитие крупной и мелкой моторики;
- развитие соматогнозиса (восприятие тела);
- развитие сенсорных систем (зрение, слух, обоняние, осязание, вкус);
- развитие когнитивной сферы (память, внимание, мышление, восприятие, самоконтроль и саморегуляция, и т.д.);
- развитие коммуникативной сферы (общение).

#### ***14. Методы арт-терапии.***

В терапии и реабилитации взрослых людей с хромосомными нарушениями хорошо себя зарекомендовали методы арт-терапии: театральной, музейной, кинематографической.

*В театральной терапии* спектакли не имеют жестко регламентированного сценария. Постановка рождается во время репетиций и занятий из умений и навыков, доступных актерам. На сцене происходит то, что хотят и могут играть особые актеры.

*Музейная терапия* использует возможности изобразительного искусства и музейной среды для достижения положительных изменений в эмоциональном, интеллектуальном и личностном развитии человека.

*Кинематографическая (экранная) терапия* построена на вовлечении особых людей в процесс творческого сопереживания героям художественного произведения. С помощью художественного фильма у участников занятий раскрывается способность дифференцировать собственные переживания, они учатся адекватно реагировать на художественный вымысел и различать эстетические и этические ценности художественного текста.

Большой опыт в театральной, музейной и кинематографической терапии накоплен «Центром творческой реабилитации» г. Санкт-Петербург (руководитель – А.Н. Колесин).

Большое значение для социализации людей с хромосомными нарушениями имеет ***профессиональное образование и независимое проживание.***

***1. Независимое проживание.*** При переходе к частично или полностью независимой жизни у молодых людей с ограниченными возможно-

стями здоровья отмечаются существенные позитивные сдвиги в социальном развитии.

В рамках независимого проживания происходит обучение по трем направлениям:

- бытовые навыки (уборка квартиры, уход за вещами, гигиенические процедуры, проведение элементарных финансовых расчетов и планирование своего бюджета, осуществлению коммунальных и других платежей, покупок, приготовление пищи);

- социально-коммуникативная деятельность (развитие межличностных отношений, ориентация в социальном пространстве, усвоение общепринятых норм и правил и их применение в повседневной жизни);

- «досуговая деятельность» (обучение организации своего свободного времени, формирование потребности и умения посещать общественно-культурные места, ходить на прогулку, выезжать за город и т. д.).

В настоящее время в нашей стране существуют следующие формы поддерживаемого проживания молодых людей с нарушением интеллекта:

- центр дневного пребывания;
- социальная гостиница;
- общинное проживание.

**2. Профессиональное образование.** Люди с хромосомными нарушениями способны освоить достаточно большой круг профессий:

- мойщики посуды, уборщики, садовые рабочие;
- сиделка, нянечка;
- швеи и мастера по ремонту обуви и одежды;
- парикмахер, редко парикмахер-визажист;
- оператор котельной;
- официанты, бармены, служащие ресторанов быстрого питания;
- помощники продавцов супермаркетов, кассиры;
- помощники воспитателей, учителей или университетских профессоров;
- помощники фельдшера или медсестры;
- помощники техника-программиста, компьютерные операторы;
- офисные работники;
- актеры театра и кинематографа и др.

Возможность работать и быть задействованными в социально значимых видах деятельности позволяет людям с ограниченными возможностями здоровья социализироваться и адаптироваться в обществе.

Таким образом, люди с хромосомными нарушениями имеют те же права и должны иметь те же возможности для развития своего потенциала, что и все другие люди. Получая педагогическую помощь и необходимую социальную поддержку с самого рождения, они могут успешно развиваться, жить полной жизнью, быть достойными гражданами и полезными членами общества.

**Психолого-педагогическое сопровождение семей, воспитывающих, детей, имеющих интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения**

*Статистика:*

По разным данным от 35 до 85% семей после рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья распадаются. Из семей чаще всего уходят отцы.

*Стадии реагирования родителей на диагноз ребенка:*

1. Стадия шока.
2. Стадия отрицания («Этого не может быть», «Это ошибка врача», «С кем угодно, но не с моим ребенком»).
3. Стадия глубокой или «хронической» печали.
  - Реакция агрессии и период депрессии.
  - Постоянные поиски виноватого, тяжесть, чувство собственной вины («Я не досмотрел», «Я виноват, что это случилось»).
4. Стадия принятия.
  - Уменьшение переживания печали, усиление интереса к окружающему миру, готовность активно решать проблемы с ориентацией на будущее.
  - Родители в состоянии правильно оценить ситуацию.
  - На этом этапе важны усилия родителей в деле сохранения семьи в целом и возможностей каждого отдельного ее члена.
  - Личностное развитие каждого из взрослых и юных членов семьи должно продолжаться, несмотря на серьезное состояние ребенка.

Цель психологической помощи родителям ребенка с ОВЗ зависит от того, на какой стадии переживания случившегося они находятся.

*Качественные изменения в семье ребенка с ОВЗ:*

- Соматический. Соматические заболевания, астенические и вегетативные расстройства, аффективные расстройства, депрессивная симптоматика в различных формах (депрессивный невроз, затяжные невротические депрессии).
- Психологический. Стресс. Деформация сложившегося стиля внутрисемейных взаимоотношений. Семья посвящает себя больному ребенку. Родители склонны отрицать собственные проблемы, делая акцент на проблемах ребенка.
- Социальный. Сужение круга знакомых и ограничение общения с родственниками в силу особенностей состояния ребенка с ОВЗ, а также из-за личностных установок самих родителей. Матери оставляют работу или находят надомную. Деформация взаимоотношений супругов. Возможны разводы.

*Стили внутрисемейного воспитания ребенка с ОВЗ:*

1. *Гиперопека* (гиперпротекция, фобия утраты ребенка). В центре – ребенок. У матери - гипертрофированное чувство тревожности. Систематические супружеские конфликты, высокая вероятность развода. *Формирование личности ребенка с ОВЗ*: эгоцентризм, зависимость от родителей, отсутствие собственной активности в действиях, заниженная самооценка.

2. *«Холодные» отношения с ребенком* (гипопротекция, снижение эмоциональных контактов). В центре - медицинская сторона проблемы. Часто встречается скрытый алкоголизм родителей. *Формирование личности ребенка с ОВЗ*: эмоциональная неуравновешенность, высокая тревожность, нервно-психическое напряжение, беззащитность, неуверенность в себе.

3. *Стиль сотрудничества* (конструктивные отношения с ребенком). В центре – осознание проблемы и вера в успех. Высокий образовательный уровень родителей, интерес к развитию ребенка. *Формирование личности ребенка с ОВЗ*: чувство защищенности, уверенность в себе, самостоятельность, потребность в активном установлении отношений с социумом.

4. *Репрессивный стиль* (авторитарная родительская позиция). В центре - ограничения прав ребенка, требования соблюдения определенных правил, а при отказе - физические наказания. *Формирование личности ребенка с ОВЗ*: аффективно-агрессивное поведение, плаксивость, повышенная возбудимость, раздражительность.



## МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

### Приложение 7

#### **Мозговой штурм «Модель адресной работы с детьми, имеющими интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения»**

##### *Алгоритм проведения мозгового штурма:*

- Познакомьтесь с темой, процедурой и правилами проведения мозгового штурма.
- Выберите секретаря, который будет записывать все ваши идеи без редактирования и оценки.
- Соблюдайте правила: отсутствие критики и оценивания, поощрение идей, равноправие участников, свобода ассоциаций.
- Выдвигайте как можно большее количество идей для решения предложенной проблемы.
- Обсудите все идеи (!).
- Систематизируйте и выберите лучшие (эффективные) идеи.
- Разработайте модель (систему, программу, алгоритм и т.д.), которая могла бы, по вашему мнению, решить поставленную проблему.
- Проведите презентацию своей разработки для всех участников группы.

### Приложение 8

#### **Система профессионального самосовершенствования педагога, работающего с детьми, имеющими с интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения**

*Система* профессионального самосовершенствования педагога (*по выбору*: руководителя ОУ, воспитателя, учителя, психолога, логопеда), работающего с аутичными детьми, включает:

- знания, умения, навыки;
- профессионально значимые личностные качества;
- профессиональные компетенции;
- профессионально-личностную позицию.

### **Модель профессиональной деятельности педагога, работающего с детьми, имеющими интеллектуальные, хромосомные и аутистические нарушения**

*Модель* (по выбору: система, программа, алгоритм) профессиональной деятельности педагога (по выбору: руководителя ОУ, воспитателя, учителя, психолога, логопеда), работающего с аутичными детьми, включает:

- организация инклюзивной развивающей среды, включающей компоненты:
- психологический;
- методологический;
- материально-технический;
- информационно-методический;
- организация полисубъектного взаимодействия специалистов помогающих профессий;
- организация собственной деятельности в соответствии с особенностями аутичных детей;
- включение родителей в процесс психолого-педагогического сопровождения аутичных детей.

### **Модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями**

*Модель* (по выбору: система, программа, алгоритм) психолого-педагогического сопровождения родителей включает следующие направления:

- аналитическое;
- профилактическое;
- просветительское;
- информационное;
- консультационное;
- реабилитационное;
- фасилитативное;
- диспетчерское;
- организационное.

## **Адаптированная образовательная программа для детей с интеллектуальными, хромосомными и аутистическими нарушениями**

Модель (структура) адаптированной образовательной программы для детей с различными видами ОВЗ в образовательном учреждении:

- *титульный лист*: наименование учреждения, назначение программы, срок реализации, адресность программы (фамилия, имя ребенка с ОВЗ), гриф утверждения, руководитель, согласование с родителями, согласование с председателем психолого-медико-педагогического консилиума, ответственный за реализацию адаптированной программы;

- *пояснительная записка*: сведения о ребенке с ОВЗ (возраст, группа (класс), социальное окружение, интересы; ожидания родителей; диагноз; психолого-педагогическая характеристика ребенка); цель и задачи сопровождения ребенка на определенный временной промежуток; основные общеобразовательные программы, на основе которых разработана адаптированная образовательная программа и т.д.;

- *индивидуальный учебный план*: варьирование на уровне содержания адаптированной образовательной программы осуществляется путем перепланировки количества часов в структурных единицах программы; изменение последовательности изучения отдельных разделов программы и тем; увеличение объема интегрированных занятий внутри адаптированной программы;

- *содержание программы*: образовательный компонент<sup>35</sup> (содержание образования на определенном году обучения (промежуточные планируемые результаты) с включением календарно-тематического планирования, критериев оценивания достижений и др.); *коррекционный компонент* (направления коррекционной работы с ребенком, приемы, методы и формы; разделы специалистов ДОУ/ОУ: учителя-логопеда, педагога-психолога, инструктора по физической культуре, музыкального руководителя; воспитателя (учителя), который имеет возможность реализовывать приемы и методы коррекционной работы с ребенком во время непосредственно-образовательной деятельности и в свободной деятельности); *воспитательный компонент* (условия взаимодействия воспитателя (учителя) и специалистов с ребенком с ОВЗ или ребенком-инвалидом, а также с родителями в процессе обучения);

- *заключение и рекомендации*: обоснование внесения корректив по результатам промежуточной диагностики и заключение о реализации адаптированной образовательной программы при обсуждении данного вопроса в рамках итогового психолого-медико-педагогического консилиума

---

<sup>35</sup>Образовательный компонент является обязательным, если в адаптированную образовательную программу включен индивидуальный учебный план.

в конце учебного года<sup>36</sup>.

Контроль и управление реализацией адаптированной образовательной программы.

Примерный учебный план образовательного учреждения, реализующего адаптированные образовательные программы для детей с ограниченными возможностями здоровья.

---

<sup>36</sup>Рекомендации формулируются с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ и ребенка-инвалида специалистами на следующем этапе его образования.

## **Методические рекомендации к составлению адаптированной программы для ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида<sup>37</sup>**

*(из опыта работы «Детский сад № 12 общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по познавательно-речевому развитию детей» г. Нефтеюганска ХМАО-Югры)*

В соответствии с ч. 1 ст. 79 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273 (далее – Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации») установлено: «... содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) *определяются адаптированной образовательной программой*, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида». В связи с этим, для получения общего образования детьми с ОВЗ в общеобразовательных организациях должны разрабатываться соответствующие адаптированные основные общеобразовательные программы (отдельными документами) с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей.

Основной документ, который содержит гигиенические требования к организации данной работы – это новые «Санитарно-эпидемиологические правила, нормативы и требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций, утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 15.05.2013 № 26 (далее – СанПиН 2.4.1.3049-13; начало действия документа – 30.07.2013). В которых говорится: «Образовательная организация должна создать условия для детей с ограниченными возможностями здоровья, детей – инвалидов в случае их пребывания в учреждении...». Нормы СанПиН 2.4.1.3049-13 распространяются на все дошкольные учреждения, независимо от их вида, организационно-правовых форм и форм собственности.

На данный момент наше учреждение посещают двое детей-инвалидов. Оба ребенка не имеют видимых нарушений и отклонений в развитии, у обоих сохранна интеллектуальная сфера, что беспрепятственно позволяет им совместно воспитываться и обучаться в группах с детьми, не имеющих нарушений в развитии.

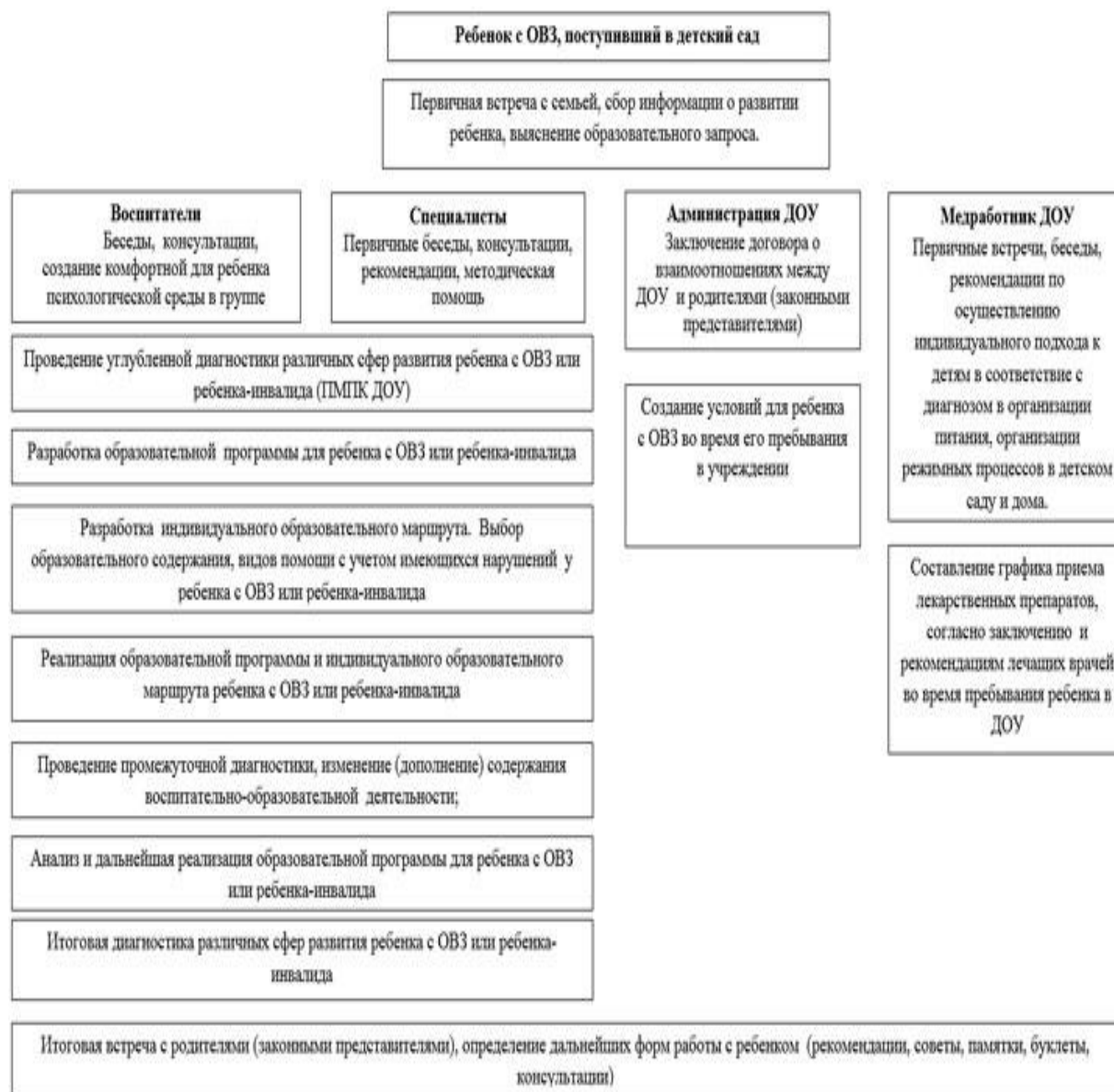
С момента поступления детей с ОВЗ в учреждение, с их семьями ведется тесная работа по разработанному и действующему «Алгоритму действий с детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами, посещающих дошкольное образовательное учреждение».

На начальном этапе проводится первичная встреча с семьей с целью знакомства и сбора информации о развитии ребёнка, выяснения образова-

---

<sup>37</sup> Авторы: Дарцаева Ольга Васильевна, заместитель заведующего по ВМР; Ахметова Гулия Самигуловна, воспитатель МБДОУ. <http://dohcolonoc.ru/cons/4542-metodicheskie-rekomendatsii-k-sostavleniyu-adaptirovannoj-programmy-dlya-rebenka-s-ovz.html>

тельного запроса со стороны родителей.



В работу с детьми данной категории включаются сотрудники образовательного учреждения, администрация и специалисты ДОУ: заведующий, заместитель заведующего по АХР, заместитель заведующей по ВМР, медработник, воспитатели, педагог-психолог, учителя-логопеды, инструктор по физической культуре, музыкальные руководители, которые способствуют созданию условий и благоприятного микроклимата в ДОУ, для облегчения адаптации детей с ОВЗ и детей-инвалидов, их успешной социализации. Осуществляют индивидуальный подход к детям при организации воспитательно-образовательного процесса. Воспитатели и специалисты проводят беседы с родителями, консультации, дают рекомендации, советы для оптимального развития и адаптации детей в обществе, а также оказание помощи всем членам семей, воспитывающих этих детей. Администрация, в свою очередь, заключает договора о взаимоотношениях между ДОУ и родителями (законными представителями), а в дальнейшем способствует

созданию специальных условий, предполагающих формирование адаптированной образовательной среды. Медработник осуществляет контроль за адаптацией детей с ОВЗ и детей-инвалидов к условиям ДООУ, отслеживает состояние их здоровья, самочувствие в течение дня, своевременность приема лекарственных препаратов, согласно заключению и рекомендациям лечащих врачей во время пребывания этих детей в ДООУ. Консультирует воспитателей и родителей (законных представителей), дает рекомендации по осуществлению индивидуального подхода к детям в соответствие с диагнозом в организации питания, организации режимных процессов в детском саду и дома.

Следующим этапом осуществляется углубленное психолого-педагогическое обследование всех сфер деятельности детей данной категории, эмоционально-волевой сферы, высших психических функций, речевого развития, интеллектуального развития. Результаты данного обследования выносятся на ПМПК учреждения с целью определения дальнейшего образовательного маршрута.

Далее проводится организационная работа по проектированию, разработке и утверждению образовательной программы для ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида. Учитывая возрастные и индивидуальные особенности ребенка, медицинские показатели, рекомендации ПМПК ДООУ, ожидания родителей, четко формулируются цели и задачи индивидуальной образовательной программы (обсуждается необходимость в дополнении или изменении учебного графика, определяются формы получения образования, режим посещения занятий, как подгрупповых, так и индивидуальных, дополнительные виды психолого-педагогического сопровождения, определение промежуточных и итоговых результатов и т.д.).

Далее педагогами и специалистами ДООУ разрабатываются индивидуальные образовательные маршруты на основе разработанной образовательной программы для конкретного ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида, учитывая общеобразовательную программу ДООУ. Данные индивидуальные образовательные маршруты включают содержание основных разделов базовой программы, а также коррекционные направления для конкретного ребенка, рекомендованные специалистами учреждения.

Так как оптимальный вариант разработки и реализации индивидуальной образовательной программы для воспитанника составляет один год, корректировка содержания ее осуществляется на основе результатов промежуточной диагностики, проводимой в декабре текущего учебного года. На основе анализа промежуточной диагностики, вносятся изменения и корректировки в индивидуальную образовательную программу для конкретного ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида.

В конце учебного года по итогам реализации индивидуальной образовательной программы в рамках психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПК) проводится анализ итоговой диагностики различных сфер развития ребёнка, обосновываются внесение корректировок, форму-

лируются рекомендации с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ или ребенка-инвалида специалистами на следующем этапе его воспитания и обучения. А также проводятся итоговая встреча с родителями (законными представителями) для определения дальнейших форм работы с ребенком, педагогами и специалистами ДОО даются рекомендации, советы, консультации, памятки.

Как было сказано ранее, в данный момент, наше дошкольное учреждение посещают два ребенка-инвалида. Согласно Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» ч. 11 ст. 79 «*Образовательная организация должна создать условия для детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов в случае их пребывания в учреждении*». Администрацией нашего учреждения создаются специальные условия за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, которые предполагают формирование адаптированной образовательной безбарьерной среды, имеются средства для обучения и воспитания, а также для своевременной коррекции нарушений в развитии детей с учетом структуры их нарушений:

- оборудование для развития общей подвижности;
- оборудование и игрушки для развития: ручных навыков; тактильного, зрительного и слухового восприятия; мышления, речи и языка;
- игрушки для поддержки социально-эмоционального развития;
- оборудование для игр с водой и сыпучими материалами;
- материалы для изобразительного творчества;
- фонотека, музыкальные игрушки;
- художественная литература для детей и родителей.

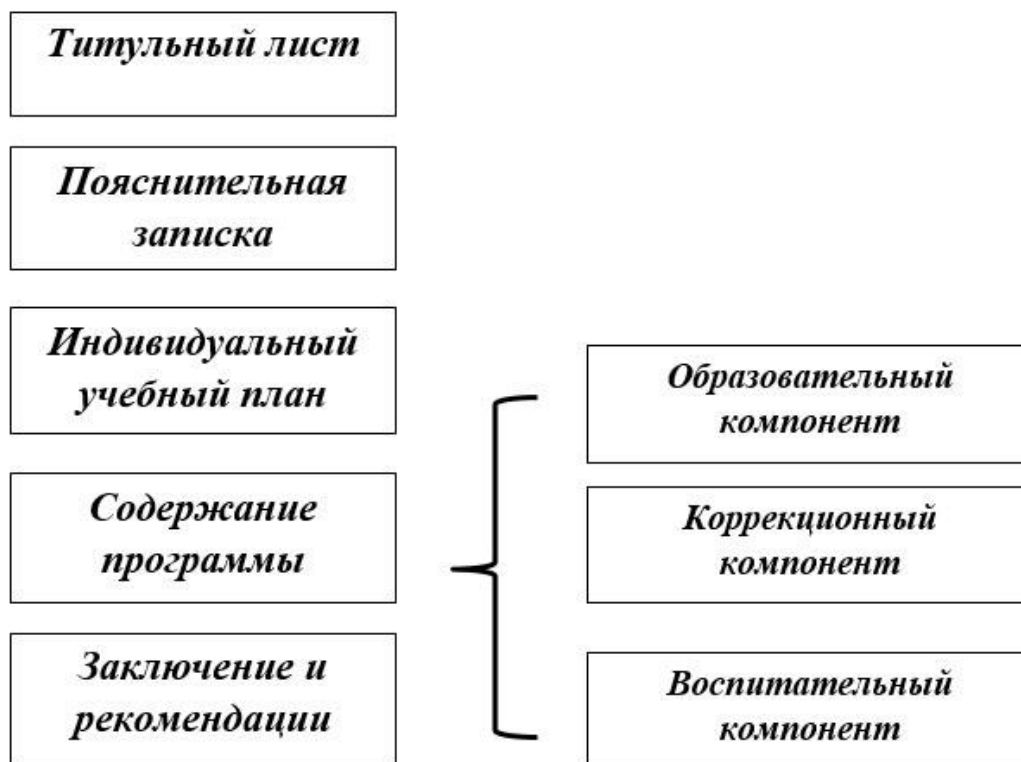
В нашем учреждении порядок разработки и корректировки индивидуальных образовательных программ для детей с ОВЗ или детей-инвалидов проходит в рамках ПМПК учреждения. Образовательная программа разрабатывается педагогами и специалистами ДОО и утверждается заведующим. Индивидуальная образовательная программа для ребенка с ОВЗ или ребенка - инвалида в нашем учреждении имеет такую структуру:

**1. Титульный лист**, который включает в себя наименование учреждения, назначение программы, срок реализации, адресность программы (фамилия, имя воспитанника, год обучения), гриф утверждения руководителем, согласование с родителями. При необходимости программа должна быть согласована с председателем психолого-медико-педагогического консилиума. На титульном листе можно указать специалиста, который является ответственным за реализацию индивидуальной программы.

**2. Пояснительная записка**, в которой излагается сведения о ребёнке: возраст, группа, социальное окружение, интересы; ожидания родителей; диагноз; психолого-педагогическая характеристика ребёнка с перечнем сформированных умений и навыков и тех, которые не сформированы в должной степени. На основе данных независимой психолого-



педагогической диагностики формулируются цель и задачи сопровождения ребёнка на определённый временной промежуток. В пояснительной записке указываются основные общеобразовательные программы, на основе которых разработана индивидуальная образовательная программа, а также обосновывается варьирование, если имеет место перераспределение количества часов, отводимых на изучение определённых разделов и тем, изменение последовательности изучения тем и др.



**3. Индивидуальный учебный план.** Возможно варьирование внутри содержания индивидуальной программы путем усиления отдельных тем, разделов. Варьирование на уровне содержания индивидуальной образовательной программы осуществляется путем перепланировки количества часов в структурных единицах программы; изменения последовательности изучения отдельных разделов программы, некоторых тем; увеличения объема интегрированных занятий внутри индивидуальной программы.

**4. Содержание программы.** Включает в себя три основных компонента или блока:

- **Образовательный компонент**, в котором раскрывается содержание образования на определенном году обучения (промежуточные планируемые результаты) с включением календарно-тематического планирования, критериев оценивания достижений по образовательным областям и др. *Образовательный компонент является обязательным, если в индивидуальную программу включен индивидуальный учебный план.*

- **Коррекционный компонент**, в рамках которого излагаются направления коррекционной работы с воспитанниками, приемы, методы и

формы. В коррекционный блок входят разделы специалистов ДООУ: учителя-логопеда, педагога-психолога, инструктора по физической культуре, музыкального руководителя, воспитателя, который имеет возможность реализовывать приемы и методы коррекционной работы с воспитанником во время непосредственно-образовательной деятельности и в свободной деятельности.

- **Воспитательный компонент** содержит условия взаимодействий воспитателей и специалистов с ребенком с ОВЗ или ребенком-инвалидом, а также с родителями в процессе психолого-педагогического сопровождения

**Заключение и рекомендации.** В данном разделе формулируется обоснование внесения корректив по результатам промежуточной диагностики и заключение о реализации индивидуальной программы в целом при обсуждении данного вопроса в рамках итогового психолого-медико-педагогического консилиума в конце учебного года. Рекомендации формулируются с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья и ребенка-инвалида специалистами на следующем этапе его обучения.

### **Методические рекомендации по обучению детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательной школе**

Проблемы специального образования сегодня являются одними из самых актуальных в работе всех подразделений Министерства образования и науки РФ, а также системы специальных коррекционных учреждений. Это связано, в первую очередь с тем, что число детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов, неуклонно растет. В настоящее время в России насчитывается более 2 млн. детей с ограниченными возможностями (8% всех детей), из них около 700 тыс. составляют дети-инвалиды. Кроме роста числа почти всех категорий детей с ограниченными возможностями здоровья, отмечается и тенденция качественного изменения структуры дефекта, комплексного характера нарушений у каждого отдельного ребенка. Образование детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов предусматривает создание для них специальной коррекционно-развивающей среды, обеспечивающей адекватные условия и равные с обычными детьми возможности для получения образования в пределах специальных образовательных стандартов, лечение и оздоровление, воспитание и обучение, коррекцию нарушений развития, социальную адаптацию.

Получение детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами (далее – дети с ограниченными возможностями здоровья) образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни

общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

В связи с этим обеспечение реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья на образование рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики не только в области образования, но и в области демографического и социально-экономического развития Российской Федерации.

В Конституции РФ и Законе «Об образовании» сказано, что дети с проблемами в развитии имеют равные со всеми права на образование. Важнейшей задачей модернизации является обеспечение доступности качественного образования, его индивидуализация и дифференциация, систематическое повышение уровня профессиональной компетентности педагогов коррекционно-развивающего обучения, а также создание условий для достижения нового современного качества общего образования.

В настоящее время в области функционирует сеть специальных (коррекционных) образовательных учреждений, предназначенных для обучения различных категорий детей с ограниченными возможностями здоровья. Однако в Концепции модернизации российского образования отмечается, что «дети с ограниченными возможностями здоровья должны обеспечиваться медико-социальным сопровождением и специальными условиями для обучения в общеобразовательной школе по месту жительства».

Право ребенка с ограниченными возможностями здоровья на получение образования по месту жительства может быть реализовано путем организации интегрированного обучения их с нормально развивающимися сверстниками.

Однако, в нашем обществе существует целый ряд проблем, связанных с включением ребенка-инвалида в школьное пространство по месту жительства:

- наличие стереотипов и предрассудков в школьной среде по отношению к инвалидности;
- недостаток информации у школьников об инвалидности и о возможностях их сверстников-инвалидов;
- отсутствие доступной среды и технических средств реабилитации, облегчающих образовательный процесс для школьников с особыми образовательными потребностями;
- отсутствие знаний, соответствующей подготовки и методик для работы с ребенком, имеющим особые образовательные потребности, в условиях образовательного учреждения по месту жительства;
- неготовность широкой общественности признавать право ребенка с особыми образовательными потребностями на получение образования его в среде своих сверстников без инвалидности;
- полное отсутствие или формальный характер индивидуальной программы реабилитации ребенка, направленной на получение полноценного

образования.

Сегодня многие страны признают интегрированное обучение наиболее перспективной организационной формой обучения детей-инвалидов. И настоящие методические рекомендации призваны помочь педагогам организовать обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в неспециализированных образовательных учреждениях.

### **Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья**

Основные этапы практического индивидуального психолого-медико-педагогического сопровождения интегрируемого ребенка в общеобразовательном учреждении:

1. Выявление и анализ проблем и причин отклонений у ребенка (на уровне школьного психолого-педагогического консилиума).

2. Определение возможности интеграции конкретного ребенка, условий и форм интеграции.

3. Составление плана интегрированного обучения, включая:

- *определение вида и объема необходимой коррекционной помощи (образовательной, медицинской и др.);*

- *частота, время и место оказания специальной коррекционной помощи специалистов;*

- *оказание дополнительной специальной помощи.*

4. Проведение предварительной коррекционной работы, направленной на подготовку к интегрированному обучению (в условиях общеобразовательной школы (ПМПк):

- *с ребенком и его родителями;*

- *с родителями, обучающимися и педагогами массовой школы.*

5. Разработка индивидуальных коррекционных программ в зависимости от уровня знаний, возможностей и способностей ребенка (ПМПк общеобразовательной школы).

6. Организация и реализация образовательного процесса интегрированного обучения (в условиях общеобразовательной школы).

7. Систематическое сопровождение образовательного процесса в условиях интеграции.

8. Оценка результатов обучения (совместно специалистами ОПМПк и образовательного учреждения).

9. Анализ выполненных рекомендаций всеми участниками процесса интеграции.

10. Анализ перспективы дальнейшего развития интегрируемого ребенка.

Определение сроков начала интегрированного обучения решается индивидуально по отношению к каждому ребенку и по желанию его роди-

телей (законных представителей). Это зависит от выраженности отклонений в развитии.

Необходимым условием организации успешного обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях общего типа является создание адаптивной среды, позволяющей обеспечить их полноценную интеграцию и личностную самореализацию. В образовательном учреждении должны быть созданы надлежащие материально-технические условия, обеспечивающие возможность для беспрепятственного доступа детей с недостатками физического и психического развития в здания и помещения образовательного учреждения

Эффективное интегрированное обучение возможно лишь при условии специальной подготовки и переподготовки педагогов общеобразовательных учреждений. Целью такой подготовки является овладение педагогами массовых школ основными методами воспитания и обучения детей с физическими и умственными недостатками. Учителя-дефектологи должны быть специально подготовлены к оказанию коррекционной помощи в условиях интегрированного обучения.

Необходимо обеспечить психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья на протяжении всего периода его обучения. Это сопровождение включает не только специальную коррекционно-развивающую работу с детьми в индивидуальной и групповой форме, но обязательно и работу с администрацией образовательного учреждения, педагогическим и детским коллективом, родителями. С этой целью целесообразно вводить в штатное расписание образовательных учреждений общего типа дополнительные ставки педагогических работников (учителя-дефектологи, учителя-логопеды, педагоги-психологи).

С целью обеспечения диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся с ОВЗ в общеобразовательных учреждениях организуется работа психолого-медико-педагогического консилиума. Деятельность ПМПк ведется в соответствии с письмом Министерства образования Российской Федерации от 27.03.2000 г. № 27/90-б «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения», Законодательством Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», рекомендациями ПМПК.

Образовательное учреждение разрабатывает и утверждает на основании указанных рекомендаций положение о ПМПк, его состав.

Заместитель директора по учебно-воспитательной работе, является председателем ПМПк-консилиума, организует работу консилиума, осуществляет контроль за выполнением рекомендаций ПМПК, оказывает систематическую организационно-методическую помощь учителям, которые работают с детьми с ОВЗ в определении направлений и планировании работы, анализирует результаты обучения.

### ***Специалисты ПМПк:***

- осуществляют психолого-медико-педагогическое обследование детей с ОВЗ;
- разрабатывают индивидуально-ориентированные коррекционно-развивающие программы, индивидуальные образовательные маршруты с целью коррекции имеющихся проблем в развитии;
- проводят коррекционно-развивающие занятия (индивидуальные, групповые), тренинговые занятия;
- организуют работу Школ для родителей, имеющих детей с особыми потребностями; обеспечивают их консультативной поддержкой.

Комплексное сопровождение детей с особыми образовательными потребностями в условиях общеобразовательного учреждения осуществляют педагог-психолог, учитель-логопед, учитель.

В обязанности учителя-логопеда входит: всестороннее изучение речи обучающихся, проведение индивидуально-групповых и фронтальных занятий с теми из них, которые имеют не сильно выраженные отклонения в речевом развитии, оказание методической помощи учителям по преодолению трудностей при освоении обучающимися родного языка. Для логопедических занятий в учебном плане предусматриваются часы в соответствии с Базисными учебными планами специальных (коррекционных) образовательных учреждений соответствующего вида.

Педагог-психолог выявляет особенности их интеллектуального развития, личностных и поведенческих реакций, проводит групповые и индивидуальные занятия, направленные на нормализацию эмоционально-волевой сферы, формирование продуктивных способов мыслительной деятельности, а также на исправление возможных нарушений общения и поведения; оказывает методическую помощь учителям; развивать психолого-педагогическую компетентность педагогов и родителей.

Учителя, работающие с детьми с особыми образовательными потребностями, проводят систематическое углубленное изучение обучающихся с целью выявления их индивидуальных особенностей и определения направлений развивающей работы, фиксируют динамику развития обучающихся, ведут учет освоения ими общеобразовательных программ, совместно с педагогом-психологом заполняют на них карты сопровождения.

Специалисты сопровождения отслеживают эффективность обучения детей с ОВЗ по программе, рекомендованной ПМПк. Текущие и этапные результаты адаптации, продвижения в развитии и личностном росте обучающихся, формирования навыков образовательной деятельности, освоения общеобразовательных программ, показатели функционального состояния их здоровья фиксируются в карте сопровождения обучающегося.

В случае отсутствия специалистов сопровождения, невозможности

введения в штатное расписание учреждения ставок специалистов квалифицированная психолого-педагогическая коррекционная поддержка может оказываться на основе договора со специальным (коррекционным) образовательным учреждением или на базе Ресурсного Центра.

Целесообразно иметь в каждом районе не менее одного Ресурсного центра.

Ресурсный центр создается в целях оказания психолого-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья, разработки и внедрения системной работы по интегрированному обучению.

Специалисты областной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ОПМПК) оказывают методическую и информационную поддержку всем участникам образовательного процесса. С этой целью ОПМПК организует работу выездных консультативных пунктов для оказания специализированной практической и консультативной помощи в районах и городах области для детей, родителей (законных представителей), педагогов образовательных учреждений, специалистов муниципального органа управления образованием.

С целью осуществления динамического контроля за эффективностью реализации рекомендаций по отношению к детям, прошедшим обследование на ОПМПК, уточнения дальнейшего образовательного маршрута, образовательные учреждения направляют следующие категории детей и подростков от 0 до 18 лет для обследования на ОПМПК:

- детей, нуждающихся в определении, изменении или уточнении образовательного маршрута;
- обучающихся 1 классов, которые не освоили общеобразовательную программу;
- детей, обучающихся на дому, которым рекомендовано обучение и воспитание по программе специального (коррекционного) образовательного учреждения V, VII, VIII вида, компенсирующего обучения (ежегодно);
- обучающихся, успешно освоивших (на «4» и «5») специальную (коррекционную) программу V, VII, VIII вида, программу компенсирующего обучения;
- обучающихся, которые не осваивают (имеют две и более неудовлетворительные оценки) специальную (коррекционную) программу V, VII, VIII вида, программу компенсирующего обучения;
- выпускников школ, которые обучались по программе специального (коррекционного) образовательного учреждения V, VII, VIII вида.

## **Разработка учебных планов и рабочих программ**

При интегрированном обучении для детей с ОВЗ разрабатываются индивидуальные учебные планы на основе базисного учебного плана специального (коррекционного) образовательного учреждения соответствующего вида и отдельные рабочие программы по каждому учебному предмету учебного плана на основе примерных программ, рекомендованных для обучения ребенка, и на основании федеральных государственных образовательных стандартов.

Для проведения коррекционных и развивающих занятий в учебном плане предусматриваются часы за счет части учебного плана, формируемого участниками образовательного процесса, либо за счет реализации программ дополнительного образования интеллектуально-познавательной направленности.

Если сроки освоения общеобразовательной программы не совпадают с нормой, то для детей с ОВЗ заводят отдельный классный журнал, где фиксируют прохождение программного материала.

### **Структура индивидуальной образовательной программы для детей с ограниченными возможностями здоровья**

Типовая структура индивидуальной образовательной программы включает следующие разделы:

1. Титульный лист.
2. Пояснительная записка.
3. Условия реализации программы коррекционной работы.
4. Индивидуальный учебный план.
5. Содержание программы;
6. Заключение и рекомендации специалистов.

В индивидуальной образовательной программе указывается содержание и объем знаний, умений и навыков, подлежащих усвоению по разным учебным предметам, а также отражается коррекционная работа с обучающимся, то есть фиксируются те приемы и методы коррекционной работы, которые будут реализованы в процессе усвоения содержания материала на уроке.

Компонентный состав структуры индивидуальной образовательной программы для обучающегося может быть оформлен следующим образом.

#### *Титульный лист.*

Включает в себя наименование учреждения, назначение программы, срок реализации, адресность программы (фамилия, имя обучающегося, год обучения), гриф утверждения руководителем, согласование с родителями.

При необходимости программа должна быть согласована с председателем психолого-медико-педагогического консилиума. На титульном листе можно указать специалиста, который является ответственным за реализа-



цию индивидуальной программы.

*Пояснительная записка.*

В пояснительной записке излагается краткая психолого-педагогическая характеристика ребенка с перечнем сформированных умений и навыков и тех, которые не сформированы в должной степени. На основе данных независимой психолого-педагогической диагностики формулируются цель и задачи сопровождения ребенка на определенный временной промежуток. В пояснительной записке следует указать основные общеобразовательные программы, на основе которых разработана индивидуальная образовательная программа, а также обосновать варьирование, если имеет место перераспределение количества часов, отводимых на изучение определенных разделов и тем, изменение последовательности изучения тем и др.

*Условия реализации работы программы.*

В условиях реализации работы программы прописывается: кадровое обеспечение, психолого-педагогическое обеспечение, программно - методическое обеспечение, материально - техническое обеспечение, информационное обеспечение.

*Индивидуальный учебный план.*

Возможно варьирование внутри содержания индивидуальной программы путем усиления отдельных тем, разделов. Варьирование на уровне содержания индивидуальной образовательной программы осуществляется путем перепланировки количества часов в структурных единицах программы; изменения последовательности изучения отдельных разделов программы, некоторых тем; увеличения объема интегрированных занятий внутри индивидуальной программы. В данном разделе указывается также распределение часов на дистанционные и очные занятия.

*Содержание программы.*

Содержательной основой разработки индивидуальной образовательной программы служит федеральный государственный образовательный стандарт, задающий содержательно-целевые рамки подготовки обучающихся, примерные основные общеобразовательные программы и требования к результатам освоения образовательных программ, учебный план образовательного учреждения. Содержание индивидуальной программы отбирается с учетом своеобразия темпа развития ребенка и взаимосвязи физического и психического становления ребенка.

Раздел, раскрывающий содержание индивидуальной программы, целесообразно разделить на *три основных компонента или блока*:

- *Образовательный компонент.* Раскрывается содержание образования на определенном году обучения с включением календарно-тематического планирования, критериев оценивания достижений по учебным областям и др. Образовательный компонент является обязательным для содержательного наполнения, если в индивидуальную программу включен индивидуальный учебный план. Содержательное наполнение

данного компонента конкретизирует содержание рабочей программы по учебному курсу.

- *Коррекционный компонент.* В рамках данного компонента излагаются направления коррекционной работы с обучающимся, ее приемы, методы и формы. В коррекционном блоке рекомендуется предусмотреть раздел учителя-логопеда, педагога-психолога, а также раздел учителя, который имеет возможность реализовывать приемы и методы коррекционной работы с обучающимся в урочной и внеурочной деятельности по предмету.

- *Воспитательный компонент.* Содержит раздел классного руководителя, (воспитателя, педагога дополнительного образования, куратора, тьютора, социального педагога и др.), а также раздел, отражающий притязания родителей обучающихся, в котором описываются условия взаимодействия специалистов и родителей в процессе психолого-педагогического сопровождения обучающегося.

*Заключение и рекомендации.*

В данном разделе формулируется обоснование внесения корректив по результатам промежуточной диагностики и заключение о реализации индивидуальной программы в целом при обсуждении данного вопроса в рамках итогового психолого-медико-педагогического консилиума в конце учебного года. Рекомендации формулируются с целью обеспечения преемственности в процессе индивидуального сопровождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья специалистами на следующем этапе его обучения.

*Планируемые результаты работы.*

В качестве результатов коррекционной работы могут рассматриваться:

- динамика индивидуальных достижений обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по освоению программ учебных предметов (сравнительная характеристика данных психолого-медико-педагогической комиссии обучающихся с ограниченными возможностями здоровья на разных этапах обучения);

- создание необходимых условий для обеспечения доступности качественного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (формы обучения, оптимизирующие коррекционную работу, наличие соответствующих материально-технических условий);

- увеличение доли педагогических работников образовательного учреждения, прошедших специальную подготовку и обладающих необходимой квалификацией для организации работы с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья;

- другие соответствующие показатели.

### **Учёт текущих и промежуточных итогов успеваемости**

В соответствии с действующим законодательством текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся образова-

тельного учреждения (в том числе с ограниченными возможностями здоровья) отнесены к компетенции и ответственности образовательного учреждения и осуществляются в соответствии с уставом образовательного учреждения и с требованиями настоящего Закона (п.16 ст. 32 Закона РФ «Об образовании»). Образовательное учреждение самостоятельно в выборе системы оценок, формы, порядка и периодичности промежуточной аттестации обучающихся (п.3 ст. 15 Закона РФ «Об образовании»).

### **Проведение государственной (итоговой) аттестации**

Государственная (итоговая) аттестация обучающихся (выпускников) специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-VII видов и специальных (коррекционных) классов при общеобразовательных учреждениях, освоивших образовательные программы основного общего образования, проводится на основании Положения о государственной (итоговой) аттестации выпускников IX и XI (XII) классов общеобразовательных учреждений Российской Федерации, утверждённого приказом Минобрнауки России от 3 декабря 1999 г. № 1075 (зарегистрирован Минюстом России 17 февраля 2000 г., регистрационный № 2114) в форме, установленной органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими управление в сфере образования.

В соответствии с пунктом 8 Положения о формах и порядке проведения государственной (итоговой) аттестации обучающихся, освоивших основные общеобразовательные программы среднего (полного) общего образования, утверждённого приказом Минобрнауки России от 28 ноября 2008 г. № 362 (зарегистрирован Минюстом России 13 января 2009 г., регистрационный № 13065), для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, освоивших основные общеобразовательные программы среднего (полного) общего образования, государственная (итоговая) аттестация проводится в форме государственного выпускного экзамена в порядке, установленном приказом Минобрнауки России от 3 марта 2009 г. № 70 (зарегистрирован Минюстом России 7 апреля 2009 г., регистрационный № 13691).

Для указанной категории выпускников государственная (итоговая) аттестация может по их желанию проводиться также в форме единого государственного экзамена (далее - ЕГЭ). Особенности проведения ЕГЭ для выпускников с ограниченными возможностями здоровья регламентируются пунктами 5, 29, 34, 36 Порядка проведения единого государственного экзамена, утверждённого приказом Минобрнауки России от 24 февраля 2009 г. № 57 (зарегистрирован Минюстом России 26 марта 2009 г., регистрационный № 13600).

При этом допускается сочетание обеих форм государственной (итоговой) аттестации. Выбранные выпускником форма (формы) государственной (итоговой) аттестации и общеобразовательные предметы, по которым он планирует сдавать экзамены, указываются им в соответствующей

щем заявлении.

Государственный выпускной экзамен и ЕГЭ для выпускников с ограниченными возможностями здоровья организуются с учётом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей выпускников и состояния их здоровья и в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Кроме того, для обучающихся, находившихся в лечебно-профилактических учреждениях более четырех месяцев, предшествующих проведению государственной (итоговой) аттестации, при сдаче ЕГЭ необходимо организовать питание и перерывы для проведения необходимых медико-профилактических процедур в аудиториях во время проведения экзамена.

### **Организация обучения с учетом стиля освоения учебного материала**

В последнее время в педагогике большое внимание уделяется стилям освоения учебного материала разными детьми и сочетания стиля преподавания со стилями обучения учащихся класса. Индивидуальный стиль обучения и преподавания складывается из ведущего способа восприятия информации об окружающем мире, особенностей организации деятельности в зависимости доминирования правого или левого полушария, наличия или отсутствия зависимости от контекста в изучении материала, темпа и прочих характеристик деятельности. Узнать, какой стиль обучения присущ каждому ученику, учитель может, наблюдая за работой детей на уроке и во внеурочной деятельности. Достаточно подробная схема для наблюдения представлена в книге Г.В. Бородкиной, О.А. Куревинной, Е.А. Лутцевой «Дневник учителя начальной школы. Педагогическая диагностика». Используя предлагаемые авторами признаки, учитель может примерно определить ведущий способ восприятия информации учащихся.

Дети с ОВЗ, обучающиеся в общеобразовательном классе, очень часто нуждаются в стимуляции не только «слуховой» сферы (устно выказанным инструкциям, замечаниям со стороны учителя или других специалистов), но и активного включения визуальных средств обучения и управления поведением, а также максимального включения в образовательный процесс различных предметных, сенсорно обогащенных материалов для понимания смысла того или иного действия, предмета, учебной задачи. Кроме того, как правило, дети с различными нарушениями развития имеют трудности в восприятии и использовании устной речи, у них может быть низкий или - наоборот - очень высокий темп деятельности, проблемы в формировании пространственных представлений, преобладание наглядно-действенной или наглядно-образной формы мышления, трудности в усвоении абстрактных понятий, проблемы в запоминании того или иного материала. Поэтому для учителя, реализующего инклюзивную практику, очень

важно использовать все возможные средства для облегчения понимания и закрепления учебного материала, включая организацию практической работы детей на уроке.

Перечислим возможные средства и материалы:

1. Картинки-пиктограммы схематичные рисунки, понятные по смыслу, иллюстрирующие конкретное действие или предмет. Могут применяться для:

- составления наглядного расписания;
- иллюстрации алгоритма деятельности;
- обозначения различных этапов урока или внеурочного и внеклассного мероприятия;
- управления поведением.

2. Наглядный картинный материал - применяется для иллюстрирования текста, замены описательной части текста (в учебных пособиях, адаптированных для «особого» ребенка), организации практической работы детей по закреплению того или иного материала, в различных формах контроля.

3. Для освоения тех или иных алгоритмов учебных действий многим учащимся с ОВЗ необходимо подкрепление в виде карточек - схем, на которых наглядно представлены шаги при решении задач, выполнении математических действий, проверке орфограммы и т.д. Кроме того, на таких карточках можно наглядно представить смысл того или иного правила, понятные для ребенка примеры к правилу. Для того, чтобы работа с такими карточками не проводилась формально (например, карточка есть, а ребенок на уроке ее не достает из портфеля), нужно активно включать его в работу над ними - сначала ученик выбирает цвета, размер букв, понятные ему значки, а затем может самостоятельно оформить карточку-алгоритм. В процессе урока ребенок должен иметь возможность воспользоваться альбомом или блокнотом с карточками-алгоритмами для актуализации необходимой информации (как правило, такой альбомчик лежит на парте).

4. Как правило, недостаточный уровень развития пространственных представлений присущ не только детям с нарушениями развития, но и многим другим учащимся. Для преодоления дезориентации учеников в расположении материала на доске, в тетради, учитель может использовать метки - обозначить по договоренности с детьми верх и низ доски, правую и левую сторону, указать стрелками направление движения - слева направо, сверху вниз, отметить место начала письма в тетради и т. д. Это поможет сэкономить время и силы, которые учитель тратит на объяснение, откуда начинать писать или читать.

5. Очень полезно для всех детей и использование на уроках сенсорно-обогащенных материалов - вырезанных из шершавой бумаги букв, ваты, деревянных кубиков, пластилина, кусочков ткани различной фактуры и т. д. Действуя с помощью этих материалов, дети легче запоминают те или иные понятия, понимают тот или иной принцип действия. В опыте учите-

лей начальных классов, так же, как и учителей-дефектологов, есть большое количество приемов с использованием таких материалов.

Например, для того, чтобы запомнить образ буквы (графемы), дети могут мастерить ее из проволоки, бумаги, лепить из пластилина, конструировать из других материалов; чтобы объяснить понятие «мягкие и твердые согласные звуки» и закрепить умение их дифференцировать, педагог может использовать вату или пластилин и деревянный кубик и т. д.

6. Для регулирования самочувствия и поведения «особого» ребенка на уроке, снятия напряжения или - наоборот - повышения тонуса также используются различные материалы - мешочки с разными крупами, мягкие поролоновые формы, суджок, «липучка» (шершавая застежка), приклеенная к тыльной стороне парты, бусы, которые можно перебирать и т. д. Перед тем, как предложить эти материалы, учитель и тьютор наблюдают, что может успокоить или тонизировать ребенка, что ему нравится больше всего. А затем необходимо разъяснить или показать ребенку, что эти материалы нужны не для постоянной игры, а чтобы лучше работать на уроке. Обучение регуляции состояния - еще одно возможное направление в деятельности тьютора, психолога, других специалистов психолого-педагогического сопровождения.

7. В последнее время очень активно развиваются методики преподавания с помощью информационно-коммуникативных средств - интерактивных досок, компьютеров с теми или иными обучающими программами. Но не стоит забывать, что массированное включение в урок визуальных материалов, расположенных на интерактивной доске или экране монитора, не всегда может положительно повлиять на эмоциональное и физическое состояние детей. Поэтому при подготовке к уроку с использованием таких материалов, учитель должен проанализировать возможности детей - например, если у нескольких учащихся класса снижено зрение, если известно, что в классе есть возбудимые дети, время демонстрации и цвета предъявляемого материала должны быть четко выверены и ограничены. Включая в работу с детьми с ОВЗ (например, с двигательными нарушениями), компьютер, учитель или другой специалист сопровождения должны сначала научить ребенка им пользоваться, а так же заранее готовить задания для выполнения на уроке.

*Сиротюк Алла Леонидовна,  
Сиротюк Анастасия Сергеевна  
Кузьмин Александр Борисович*

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ  
АДРЕСНОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ,  
ХРОМОСОМНЫЕ И АУТИСТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ**

*программа курсов повышения квалификации  
для руководящих и педагогических работников  
образовательных учреждений*

*Печатается в авторской редакции*

---

Подписано в печать 01.10.2014. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печать офсетная.  
Бумага офсетная. Усл. печ. л. 6,9. Тираж 500 экз. Заказ № 8.

Отпечатано с готового оригинал-макета в библиотечно-издательском отделе  
ГАУ ДПО (ПК) С «Брянский институт повышения квалификации работников образования»  
241022, г. Брянск, ул. Димитрова, д. 112

---