

Текущая редакция на 18 декабря 2023 года

ПРАВИТЕЛЬСТВО
ПРИДНЕСТРОВКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

28 декабря 2020 года

1303р

Об утверждении Концепции системы раннего выявления, диагностики и коррекционно-педагогической поддержки людей с расстройством аутистического спектра и их семей

В соответствии со статьей 76-6 Конституции Приднестровской Молдавской Республики, Конституционным законом Приднестровской Молдавской Республики от 30 ноября 2011 года № 224-КЗ-V «О Правительстве Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 11-48):

1. Утвердить Концепцию системы раннего выявления, диагностики и коррекционно-педагогической поддержки людей с расстройством аутистического спектра и их семей согласно Приложению к настоящему Распоряжению.

2. Настоящее Распоряжение вступает в силу со дня, следующего за днем его официального опубликования.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПРАВИТЕЛЬСТВА

А.МАРТЫНОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ
к Распоряжению Правительства
Приднестровской Молдавской
Республики
от 28 декабря 2020 года № 1303р

Концепция системы раннего выявления, диагностики
и коррекционно-педагогической поддержки людей
с расстройством аутистического спектра и их семей

1. Общие положения

1. Здоровье является важнейшим общественным ресурсом и неотъемлемым правом каждого гражданина. Не обремененные болезнью люди имеют больше экономических, творческих, личностных возможностей. Здоровый образ жизни, профилактика заболеваний, выявление их на ранних стадиях, качественная медицина на уровне врачей общей практики, воспитание культуры правильного отношения к своему телу являются первостепенными факторами, сохраняющими здоровую, процветающую страну.

2. Расстройства аутистического спектра (далее – РАС) проявляются в диапазоне состояний, характеризующихся определенным нарушением социального поведения, коммуникации и вербальных способностей, сужением интересов и деятельности, которые одновременно специфичны для индивидуума и часто повторяются.

РАС начинаются в детстве и сохраняются в подростковом и взрослом возрасте. В большинстве случаев эти состояния проявляются в первые 5 (пять) лет жизни.

В научной литературе встречаются описания случаев вековой давности, в современном понимании отвечающих критериям инфантильного аутизма, детского аутизма, аутистического расстройства или болезни Аспергера. Очевидно, аутистические синдромы не являются новыми болезнями, характерными для современного западного общества, несмотря на то что история современной концепции и определений насчитывает менее 30 (тридцати) лет.

3. В последние годы вопросам аутизма уделяется особое внимание. Связано это с тем, что, по данным ряда исследований, количество людей, страдающих аутизмом, с каждым годом растет.

Термин «аутизм» был введен в 1912 году Эйгеном Блейлером для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями человека и не зависит от реальной действительности.

В современной психологии и психиатрии термин «аутизм» используется также применительно к нормальной психике. Сейчас все чаще говорят о том,

что аутизация может выступать в качестве механизма психологической защиты от психотравмирующих влияний. В некоторых зарубежных психологических теориях термин «аутизм» рассматривается как нормальное состояние ребенка на начальных этапах его развития.

Аутизм как симптом встречается при довольно многих расстройствах, но в некоторых случаях (в первые годы и даже месяцы жизни ребенка) он занимает центральное, ведущее место в клинической картине и оказывает влияние на психическое развитие ребенка. В таких случаях говорят о синдроме раннего детского аутизма (далее – РДА), который считают клинической моделью особого варианта психического развития. При РДА отдельные психические функции развиваются медленно, тогда как другие – патологически ускоренно. Так, нередко не по возрасту богатый словарный запас сочетается с совершенно неразвитой коммуникативной функцией речи (то есть речь не используется в своей прямой функции – для общения). В ряде случаев наблюдаются не все требуемые для постановки диагноза РДА клинические характеристики, хотя не возникает сомнений, что коррекция заболевания должна опираться на методы, принятые в работе с детьми, страдающими аутизмом. В такой ситуации нередко говорят об аутистических чертах личности и аутическом спектре.

Согласно статистическим данным число людей, страдающих отклонением в развитии, стремительно растет. Как показывает статистика аутизма в мире на 2016 год, больных стало в 10 (десять) раз больше, чем было 10 (десять) лет назад.

Детей, страдающих этим расстройством, не намного меньше, чем больных эпилепсией, астмой или сахарным диабетом. Причинами, по которым нет объективных данных о количестве аутистов, являются:

а) отсутствие квалифицированных врачей-психиатров, которые умеют ставить правильные диагнозы;

б) нежелание граждан обращаться к врачам;

в) несерьезное отношение к расстройствам нервной системы.

4. Аутистические расстройства можно корректировать, соблюдая следующие принципы:

а) принцип формирования безопасной среды обитания, что подразумевает создание среды, соответствующей длительному этапу адаптации ребенка и установлению контакта с другими людьми;

б) принцип раннего выявления и своевременной диагностики.

Для профилактики аутистического расстройства наибольший интерес представляют управляемые факторы риска (генетические, экологические, психологические, неврологические, биологические, физические).

2. Цель Концепции

5. Концепция системы раннего выявления, диагностики и коррекционно-педагогической поддержки людей с расстройством аутистического спектра и их семей (далее – Концепция) разработана в целях

раннего выявления и повышения уровня качества обслуживания больных с расстройствами аутистического спектра (РАС), с использованием единого профилактически-терапевтического подхода в абилитации, задачей которого является общее развитие детей, подростков и взрослых, страдающих аутизмом, снижение ассоциированных с аутизмом дефицитов и напряжения в семье, представление максимально полной и подробной информации о том, как вести себя с ребенком в повседневной жизни, повышение качества жизни и функциональной независимости аутиста, воспитание самостоятельности и независимости, привитие ребенку необходимых социальных навыков, обучение приемлемым для него способам вербального и невербального общения.

Кроме того, Концепция направлена на развитие обучения, воспитания и подготовку к самостоятельной жизни детей дошкольного и школьного возраста, страдающих ранним детским аутизмом (РДА) и аутистическими чертами личности, развитие навыков самообслуживания, коммуникаций (вербальной и (или) невербальной), профессиональных навыков на доступном уровне, по возможности, речи и школьных навыков.

3. Основные понятия, используемые в Концепции

6. Для целей настоящей Концепции используются следующие основные понятия:

а) здоровье – состояние, характеризующееся анатомической, физиологической и психологической целостностью, способностью выполнять личностно значимые социальные роли (в семье, на работе и в обществе), справляться с физическим, биологическим, психологическим и социальным стрессом, чувством благополучия и отсутствием риска заболевания или преждевременной смерти;

б) здоровый образ жизни – способ организации жизни человека, направленный на создание благоприятных условий для жизнедеятельности человека, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений, увеличивать продолжительность жизни и поддерживать оптимальное качество жизни. Кроме того, здоровый образ жизни – это совокупность правил, направленных на улучшение психологического и физического состояния организма и на его продуктивную работу;

в) профилактика заболеваний – система мер медицинского и немедицинского характера, направленных на снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и предупреждение заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий;

г) фактор риска – особенности поведения человека, образа жизни, условия окружающей среды или врожденные особенности человека, способствующие ухудшению здоровья, повышающие риск заболевания. Кроме того, это потенциально опасные для здоровья: факторы экологического

и социального характера, окружающей и производственной среды, факторы среды обитания, независимые от конкретного индивидуума и поведенческие, биологические, генетические (индивидуальные), повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

4. Актуальность Концепции

7. Необходимость разработки Концепции обусловлена следующими проблемами:

- а) недопониманием важности профилактики расстройства и формирования здорового образа жизни в обществе;
- б) недостатком финансирования профилактического направления;
- в) недостаточной ответственностью граждан за собственное здоровье и здоровье своих близких;
- г) недостаточностью взаимодействия и координацией деятельности по профилактике, а также формированию здорового образа жизни;
- д) низким уровнем мотивации медицинского персонала в оказании профилактических услуг;
- е) отсутствием эффективных научно-обоснованных учебных программ для практического использования;
- ж) недостатком информационных и методических материалов для проведения диагностики.

8. До последнего времени самой распространенной причиной заболевания считалась генетическая предрасположенность, благодаря которой в головном мозге происходят дисфункциональные изменения, приводящие к возникновению и развитию аутизма. Однако на сегодняшний день все больше оборотов набирает гипотеза о том, что аутизм представляет собой сложное психическое расстройство, вызываемое различными причинами, чаще всего действующими на человека одновременно.

При этом к факторам развития болезни можно отнести следующие:

- а) наличие тяжелых инфекционных заболеваний, особенно при внутриутробном развитии (корь, краснуха, ветряная оспа);
- б) врожденные нарушения в работе головного мозга;
- в) низкий вес при рождении; внутриутробная гипоксия плода, недоношенные беременности, тяжелая родовая деятельность;
- г) детская шизофрения;
- д) черепно-мозговые травмы у ребенка;
- е) преклонный возраст родителей;
- ж) воздействие радиационного облучения и интоксикация организма.

Кроме того, выделяют и такие причины, которые могут вызвать возникновение и развитие данной болезни, как:

- а) употребление алкогольных напитков и табака;
- б) пренатальный стресс;
- в) употребление некачественных продуктов питания, пестицидов;
- г) воздействие тяжелых металлов и выхлопных газов;

- д) воздействие растворителей;
- е) получение вакцины.

9. Отдельно следует выделить приобретенный аутизм, развивающийся в связи с неправильным воспитанием ребенка или недостатком внимания со стороны родителей. Может возникнуть такое заболевание и у взрослых людей. Чаще всего причинами его появления являются следующие:

- а) хронические депрессивные расстройства;
- б) наличие черепно-мозговых травм;
- в) заболевания психологического характера.

10. В целом патогенез данного заболевания еще полностью не изучен. Риск возникновения такой болезни достаточно силен у детей, переживших сильный эмоциональный стресс или травму, сталкивающиеся с насилием и унижением в семье, полным игнорированием со стороны родителей – психогенный аутизм. Также подвержены такому заболеванию младенцы, у которых с рождения имеется искаженное восприятие окружающего мира, связанное с его недостаточным познанием.

11. Клиническая картина аутизма очень разнообразна. В основном ее определяют такие параметры, как неравномерное созревание психической, эмоционально-волевой и речевой сфер, стойкие стереотипы, отсутствие реакции на обращение. Дети, страдающие аутизмом, отличаются своим поведением, речью, интеллектом, а также своим отношением к окружающему миру.

5. Основные задачи Концепции

12. Основными задачами Концепции являются:

- а) осуществление диагностики РДА;
- б) оказание комплексной психолого-медико-педагогической и социальной помощи детям и подросткам, страдающим РДА или аутистическими чертами личности, испытывающим трудности в социальной адаптации и усвоении образовательных программ;
- в) осуществление индивидуально ориентированной педагогической, психологической, медицинской, социальной и юридической помощи аутичным детям и подросткам, а также семьям, в которых они воспитываются;
- г) разработка методического обеспечения по различным направлениям деятельности с аутичными детьми.

6. Основные направления Концепции

13. Основным направлением Концепции является совместная работа различных государственных служб, министерств и ведомств, а также привлечение неправительственных организаций и лидеров мнений к вопросу формирования здорового образа жизни. Стратегия массовой профилактики заключается в изменении образа жизни и факторов окружающей среды, связанных с РАС, а также социальных и экономических факторов.

При этом для реализации указанного направления Концепции необходимо выполнение следующих мероприятий:

а) выявление лиц с высоким риском заболевания, коррекция факторов риска, раннее лечение. Для реализации данного направления предполагается проведение массовой диспансеризации населения республики с целью выявления лиц с высоким риском развития РАС и лиц на ранней стадии заболевания для более эффективного лечения;

б) вторичная и третичная профилактика, которая заключается в выявлении лиц на ранних стадиях заболевания, предупреждении рецидивов, прогрессировании болезненного процесса и возможных его осложнений и проведении реабилитационных мероприятий.

Оптимальные результаты достигаются при сочетании всех обозначенных направлений.

14. Для реализации основных направлений, перечисленных в пункте 13 настоящей Концепции, необходимо выполнить следующие мероприятия:

а) организовать коррекционно-развивающее обучение в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей, состоянием их психического и соматического здоровья;

б) провести диагностику уровня аутистических расстройств, других нарушений психического, речевого и физического развития, а также отклонений в поведении детей и подростков, страдающих аутизмом;

в) проводить психотерапевтическую, психокоррекционную и психопрофилактическую работу с детьми и семьями, в которых они воспитываются;

г) оказывать помощь обучающимся в профессиональной ориентации.

7. Организация коррекционно-развивающей деятельности

15. Коррекционно-развивающая деятельность направлена на более полную адаптацию ребенка, страдающего аутизмом, к жизни в обществе, на интеграцию в другие типы организаций образования. Особенно важное значение имеют ранняя диагностика и раннее (в дошкольном возрасте) начало коррекционной работы.

16. При организации системы помощи детям, страдающим аутизмом и сходными расстройствами, целесообразно придерживаться следующих принципов:

а) принцип комплексного психолого-медико-педагогического подхода к коррекции заболевания;

б) принцип интегративной направленности коррекционного процесса в сочетании со специализированным характером оказываемой помощи;

в) принцип преемственности коррекционной работы на всех возрастных этапах с учетом специфики психических особенностей при РАС;

г) принцип определения роли интересов ребенка, страдающего аутизмом, при выборе тактики его ведения;

д) принцип индивидуального характера коррекции заболевания на начальных ее этапах с постепенным переходом к групповым формам работы;

е) принцип систематической активной работы с семьей ребенка, страдающего аутизмом.

17. Основными задачами коррекционной помощи детям данной категории являются:

а) оказание комплексной психолого-медико-педагогической и социальной помощи детям и подросткам, страдающим ранним аутизмом или аутистическими чертами личности, испытывающим трудности в социальной адаптации и усвоении образовательных программ;

б) осуществление индивидуально ориентированной педагогической, психологической, медицинской, социальной и юридической помощи аутичным детям и подросткам, а также семьям, в которых они воспитываются;

в) воспитание интереса к окружающему миру, потребности в общении, расширение круга увлечений, развитие и обогащение эмоционального опыта ребенка;

г) формирование коммуникативных умений;

д) сенсорное развитие;

е) повышение двигательной активности ребенка;

ж) формирование социально-бытовых умений и навыков самообслуживания;

з) стимуляция звуковой и речевой активности;

и) развитие и коррекция отношений между родителями и детьми.

18. Современные подходы к обучению и воспитанию детей с РАС требуют максимальной индивидуализации и учета потребностей каждого ребенка в образовательном процессе.

Педагогическая целесообразность программы заключается в следующем:

а) раннее выявление и проведение целенаправленной коррекционно-педагогической работы;

б) определение содержания и методов обучения и воспитания;

в) своевременное включение родителей в коррекционно-педагогический процесс;

г) реализация единства требований к воспитанию и обучению ребенка в семье и организациях дошкольного образования;

д) комплексная реабилитация ребенка с нарушениями в развитии.

При приеме детей в организации дошкольного образования (далее – ОДО) уточняется поставленный диагноз, даются рекомендации родителям по особенностям психофизического развития, формируется план реабилитационных мероприятий с учетом индивидуальной программы реабилитации для детей-инвалидов. После того, когда дети привыкнут к сотрудникам ОДО, к условиям работы в ОДО, они включаются в работу с другими специалистами и начинают посещать занятия с элементами сказкотерапии, изотерапии, трудотерапии, музыкальные занятия, занятия

с учителем-дефектологом, учителем-логопедом, педагогом-психологом. Работа с детьми выстраивается с учетом диагноза.

Коррекционно-развивающая программа подбирается индивидуально для каждого ребенка, имеет свою цель и свои упражнения. Оценка состояния ребенка, страдающего аутизмом, уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков проводится комплексно всеми специалистами и служит основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий.

На первых этапах отрабатывается важнейшая реакция оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания.

На следующем этапе задача усложняется переходом от манипулятивной игры к сюжетной. Важнейшей составляющей работы остается побуждение к деятельности, многократное повторение игр, формирование игровых штампов, с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса, словесные комментарии необходимо давать в краткой форме. Адаптированная программа направлена на обучение детей понятиям числа, счету определением временных категорий, ориентировке в пространстве. Этап от этапа решается задача усложнения деятельности, увеличивается предполагаемый объем навыков и знаний. Любые задания предлагаются в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз. Речевые задания произносятся голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность. И на последующих этапах работы по-прежнему решается задача усложнения деятельности с постепенным переходом от индивидуальных к направленным игровым заданиям, еще позднее – к сложным играм, упражнениям в группах по 3-5 и более детей.

19. Различают 2 (два) этапа коррекционно-развивающей деятельности:

а) первый этап: направлен на развитие взаимодействия с ребенком и включает работу по установлению эмоционального контакта и развитию эмоциональной сферы, развитию предметно-манипулятивной деятельности и развитию речи;

б) второй этап: отражает работу по формированию разнообразных видов самообслуживающего труда, а также по формированию умений и навыков приема пищи, культурно-гигиенических умений и навыков, умений и навыков самообслуживания и навыков самоорганизации.

20. В процессе занятий с детьми, страдающими аутизмом, следует придерживаться некоторых общих рекомендаций:

а) необходимо хвалить ребенка за участие и внимание независимо от результатов, создавая тем самым предпосылки к дальнейшей положительной коммуникации;

б) по возможности разъяснять задание не с помощью словесной инструкции, а жестами; избегать резких движений, повышенного тона в разговоре, беспорядка на рабочем месте;

в) учитывать в занятиях доминирующие для ребенка интересы, использовать для контактов его стереотипные пристрастия;

г) помнить о том, что неадекватная реакция ребенка может означать переутомление либо недопонимание задания. В таком случае достаточно сократить или упростить задание для упорядочения поведения.

Система специального образования позволяет обеспечить доступность образования и получение необходимой коррекционно-педагогической помощи для детей с особенностями психофизического развития и аутистическими нарушениями.

8. Диагностика уровня аутистических расстройств, других нарушений психического, речевого и физического развития, а также отклонений в поведении детей и подростков, страдающих аутизмом

21. Диагностировать РАС (выставить диагноз психического расстройства) имеет право врач-психиатр. При этом задача педагогов-психологов – как можно раньше выявить ребенка с отклоняющимися формами поведения, помочь ему адаптироваться в семье, детском коллективе и, безусловно, направить к врачу-психиатру. К сожалению, аутистические расстройства часто определяются слишком поздно, в большинстве случаев перед поступлением в школу или в школьном возрасте, хотя родители, как правило, задолго до этого замечают странные формы поведения своего ребенка и обращаются к врачам-педиатрам, врачам-неврологам. Из-за недостаточных знаний врачей, педагогов-психологов о РАС упускаются сензитивные периоды развития ребенка, а его аутистическая симптоматика закрепляется и прогрессирует. Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (дефектологическая, психологическая, педагогическая, нейропсихологическая коррекция, психотерапевтическая социальная работа с пациентом и его семьей) является одним из основополагающих принципов наблюдения за аутистическими расстройствами у детей, создания предпосылок к возможности обучения.

Для диагностики РАС, на основании критериев Международной классификации болезней, должно быть не менее 6 (шести) из перечисленных ниже симптомов (из них не менее 2 (двух) признаков должны относиться к первой подгруппе и не менее 1 (одного) – к остальным):

а) качественные нарушения социального взаимодействия:

1) невозможность в общении использовать взгляд, мимические реакции, жесты и позу в целях взаимопонимания;

2) неспособность к формированию взаимодействия со сверстниками на почве общих интересов, деятельности, эмоций;

3) неспособность, несмотря на имеющиеся формальные предпосылки, к установлению адекватных возрасту форм общения;

4) неспособность к социально опосредованному эмоциональному реагированию, отсутствие или девиантный тип реагирования на чувства

окружающих, нарушение модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом или нестойкая интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

5) неспособность к спонтанному переживанию радости, интересов или деятельности с окружающими;

б) качественные изменения коммуникации:

1) задержка или полная остановка в развитии разговорной речи, что не сопровождается компенсаторными мимикой, жестами как альтернативной формой общения;

2) относительная или полная невозможность вступить в общение или поддержать речевой контакт на соответствующем уровне с другими лицами;

3) стереотипии в речи или неадекватное использование слов и фраз, контуров слов;

4) отсутствие символических игр в раннем возрасте, игр социального содержания;

в) ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности:

1) обращенность к одному или нескольким стереотипным интересам, аномальным по содержанию, фиксация на неспецифических, нефункциональных поведенческих формах или ритуальных действиях, стереотипные движения в верхних конечностях или сложные движения всем телом;

2) преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональными элементами игрового материала;

г) неспецифические проблемы – страхи, фобии, возбуждение, нарушения сна и привычек приема пищи, приступы ярости, агрессия, самоповреждения;

д) манифестация симптомов до трехлетнего возраста.

При диагностике РАС (синдрома Каннера, детского психоза, атипичного детского психоза, синдрома Аспергера, синдрома Ретта, умственной отсталости с чертами аутизма и другие) должны присутствовать перечисленные общие критерии расстройств психического развития, и в то же время каждый из указанных синдромов имеет свои особенности.

Следует понимать, что проявления заболевания значительно отличаются в зависимости от тяжести аутизма, уровня развития и хронологического периода. Тяжесть состояния заключается в ухудшении и ограничении социального взаимодействия, повторяющейся картине поведения. РАС охватывают нарушения, такие как ранний детский аутизм, детский аутизм, аутизм Каннера, высокофункциональный аутизм, атипичный аутизм, детское дезинтегративное расстройство и расстройство Аспергера.

Диагностическое обследование и лечение пациентов осуществляется при неуклонном соблюдении их конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, а также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам

международного права и в соответствии с Конституцией Приднестровской Молдавской Республики, а также согласно статье 20 Закона Приднестровской Молдавской Республики от 2 ноября 1994 года «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (СЗМР 94-4).

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и (или) лечение детей в возрасте до 15 (пятнадцати) лет может быть проведено без их согласия, но при согласии родителей или законных представителей.

Также психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено в недобровольном порядке (без его согласия или без согласия его законного представителя) в случаях, когда, по имеющимся данным, обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих;
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

22. Диагностика РАС включает в себя 3 (три) этапа:

а) первый этап – скрининг: быстрый сбор информации о социально-коммуникативном развитии ребенка для выделения группы специфического риска из общей популяции детей, оценки их потребности в дальнейшей углубленной диагностике и оказании необходимой коррекционной помощи (без точной их квалификации) с опорой на основные индикаторы аутистических расстройств в детстве.

В мире разработан и широко используется стандартизованный скрининговый инструментарий: экспресс-оценка аутистических проявлений-ADOS; модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста M-CHAT; социально-коммуникативный опросник-SCQ1 и более подробное интервью ADI-R – «золотой стандарт» диагностики РАС; анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 (двух) лет) (Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Иванов М.В., 2015).

Поскольку скрининг не используется для выставления диагноза, его могут осуществлять врачи-педиатры, врачи-неврологи, педагоги-психологи, медицинские сестры, сами родители. Американская ассоциация врачей-педиатров рекомендует проводить скрининг в возрасте 9 (девяти), 18 (восемнадцати), 24 (двадцати четырех) и 30 (тридцати) месяцев – в критические периоды онтогенеза. Проведение скрининга детей в возрасте 18 (восемнадцати) месяцев, 24 (двадцать четыре) месяца жизни считается обоснованным, так как в указанном критическом периоде онтогенеза отмечается особая чувствительность к повреждающим факторам. Клинико-катамнестические исследования больных показали, что при начале болезни

в 16-18 месяцев жизни (пик апоптоза) она протекает наиболее тяжело с преобладанием в клинической картине регрессивных расстройств;

б) второй этап – диагностика и дифференциальная диагностика аутизма, которая проводится врачом-психиатром.

Объективный анамнез собирается путем изучения медицинской документации, характеристик из организаций дошкольного образования, коррекционных центров, организаций общего образования, а также из бесед с родственниками пациента и, по возможности, с пациентом.

С помощью опроса собирается субъективный анамнез (если позволяет уровень психического развития пациента) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. Опрос должен проводиться в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключая постороннее вмешательство и любые другие отвлекающие факторы. Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми, однозначными и понятными пациенту. Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему. В зависимости от возраста пациента и его пожеланий сбор информации производится в присутствии или отсутствии родителей (или законных представителей). При сборе анамнеза у пациента с РАС следует обратить внимание на наличие суицидальных мыслей или поведения.

Клиническое (психопатологическое) исследование включает изучение психического статуса пациента в процессе расспроса и сбора анамнеза, в результате наблюдения за пациентом во время пребывания его на приеме у врача, при стационарном обследовании и лечении – в отделении, дневном полустационаре.

Во время беседы с пациентом выявляются:

1) сформированность пространственно-временных представлений – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени;

2) уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт с врачом, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции;

3) особенности развития грубой и тонкой моторики;

4) сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);

5) уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума;

б) индивидуальное социальное поведение, коммуникация;

7) особенности мотивационно-потребностной сферы;

8) особенности памяти, внимания, работоспособности;

9) особенности эмоциональных проявлений;

10) психические расстройства, имеющиеся на момент исследования (особенно стереотипии в речи, моторике, поведении);

11) когнитивные нарушения на момент обследования (познавательная активность, внимание, память, скорость протекания мыслительных процессов, интеллект и другие);

12) глубина аутизма;

13) выраженность задержки психического развития, инфантилизма, интеллектуального дефекта;

14) сопутствующие психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

Физикальное исследование (соматическое и неврологическое) вначале проводится врачом-психиатром, затем врачом-педиатром, врачом-неврологом.

Общий осмотр тела пациента включает:

1) выявление стигм внутриутробного дизэмбриогенеза (долихоцефалическая, брахицефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея, крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение неба и другие);

2) выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка);

3) выявление следов инъекций различной давности (при наличии).

Исследование соматического состояния по органам и системам и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:

1) исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);

2) исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);

3) исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии).

При неврологическом исследовании определяются:

1) расстройства функций черепно-мозговых нервов;

2) рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);

3) экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, миоклонии);

4) мозжечковая патология и расстройства координации движений;

5) чувствительность и ее нарушения;

6) расстройства функций вегетативной нервной системы;

в) третий этап – диагностика развития: проводится педагогами-психологами и направлена на выявление индивидуальных особенностей ребенка, характеристику его коммуникативных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы.

Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование дает информацию об индивидуально-психологических свойствах и психическом состоянии больного с РАС, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики. Используются шкалы измерения интеллекта Векслера.

Для исследования когнитивных функций используют изучение памяти: 10 (десять) слов (или 5 (пять), 7 (семь) в зависимости от возраста и особенностей ребенка), парные ассоциации, методики на тактильную и стереогностическую память; для исследования внимания применяют шифровку, таблицы Шульте (в соответствующем возрасте); для исследования мышления включают малую предметную классификацию, геометрическую классификацию, пересечение классов, включение подкласса в класс, конструирование объектов, кубики Кооса и другое; для исследования восприятия (зрительного) – фигуры Липера, идентификацию формы, перцептивное моделирование, разрезные предметные картинки.

Для исследования эмоций и личности употребляют графические пробы (рисунок себя, семьи и другие варианты), сюжетные картинки, моделирующие житейские ситуации, распознавание мимической экспрессии основных эмоций человека (горе, радость, удовольствие, неудовольствие, испуг, гнев, печаль), распознавание эмоционально выразительных движений, поз и жестов.

9. Проведение психотерапевтической, психокоррекционной и психопрофилактической работы с детьми и семьями, в которых они воспитываются

23. Одним из самых важных разделов абилитации для детей с РАС, несомненно, является оказание психокоррекционной и социально-реабилитационной помощи, с формированием навыков социального взаимодействия и адаптации.

24. Психотерапевтическая работа при РАС является одним из методов лечения, влияющего на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности. В настоящее время предлагается много различных психотерапевтических программ по работе с родителями, в которых большое место уделяется групповой психотерапии. Ее целью является создание благоприятного психоэмоционального климата в семьях детей с проблемами в развитии, вооружение родителей знаниями по возрастной и специальной психологии. При этом выделяются следующие задачи:

- а) формирование позитивной самооценки родителей, снятие тревожности;
- б) развитие умений самоанализа и преодоления психологических барьеров, мешающих полному самовыражению;
- в) формирование позитивных установок в сознании родителей; оптимизация отношений между родителями и детьми;
- г) гармонизация супружеских отношений;

- д) совершенствование коммуникативных форм поведения;
- е) формирование навыков адекватного общения с окружающим миром.

Каждый специалист, работающий с ребенком с отклонениями в развитии, обязательно должен проводить психотерапевтическую работу с родителями. Медицинскому работнику необходимо проанализировать особенности семейного воспитания ребенка, обратив внимание на такие параметры, как эмоциональное принятие больного ребенка родителями, заинтересованность в ребенке, забота о нем, требовательность к нему, демократизм или авторитарность в семейных отношениях. На основе этих данных и личного наблюдения определить преобладающий тип семейного воспитания по следующим параметрам: отвержение, безразличие, чрезмерная опека, требовательность, устойчивость, любовь.

Позиции родителей могут быть различными. Одни из них недооценивают реальные успехи и возможности ребенка, фиксируясь на его недостатках. Они стыдятся за ребенка. Воспитание строится на жестко-директивных принципах. Другие родители, наоборот, всячески преувеличивают достижения своих детей и затушевывают их недостаточность. Зачастую родители сами многое делают за ребенка, не замечая этого и приписывая результаты ребенку. Во многих семьях имеет место противоречивость позиций. Многие родители считают главным вербально-интеллектуальное развитие, хотя западает преимущественно невербальное развитие.

Для установления уважительных, доброжелательных взаимоотношений с семьей специалисту требуется тактичное, доброжелательное, корректное поведение, умение поставить себя на место консультируемого и сообщить ему любую информацию в щадящей, не травмирующей его чувства форме. В таком случае эти взаимоотношения будут носить психотерапевтический характер.

При общении с родителями, прежде всего, необходимо показать им пусть даже самые незначительные успехи ребенка в развитии, как результат совместной деятельности специалистов и родителей, в которой они являются партнерами. Специалисты должны относиться к семьям, в которых есть дети с ограниченными возможностями, внимательно, стараясь не навредить неосторожным замечанием, не нарушить согласие в семье своими рекомендациями. Не следует акцентировать внимание на неудачах и неадекватных поступках ребенка. Это обижает родителей, подрывает их веру в себя и ребенка, лишает доверительности отношений специалиста и родителей. Разговор с родителями всегда следует начинать с того, каких успехов добился ребенок и какие задачи предстоит решить в дальнейшем. Объективные трудности ребенка можно обсудить, предложив конкретные пути их преодоления. Давая те или иные рекомендации, специалист учитывает их выполнимость и возможный ущерб для других членов семьи.

Специалист должен соблюдать определенные этические нормы при использовании конфиденциальной информации о больном ребенке и его семье, которую он получил от родителей. Недопустимыми являются менторский тон, нравоучения при взаимодействии с родителями.

Особенно важными являются взаимоотношения родителей и специалистов. Обязательно учитывают характерологические особенности членов семьи, выраженность и особенности стрессового состояния у каждого из них. Основной задачей является выработка единого и адекватного понимания проблем ребенка. На начальных этапах работы следует избегать бесед, касающихся отдельного прогноза ребенка в плане обучения, социальной адаптации, особенно при тяжелых нервно-психических заболеваниях. Прежде всего, следует научить мать внимательно наблюдать за развитием своего ребенка, вести дневник наблюдений, а также овладеть некоторыми приемами по уходу, воспитанию и обучению ребенка. Всю психотерапевтическую работу с матерью необходимо проводить одновременно с обучением ее конкретным приемам коррекционной работы.

На начальных этапах работы преобладает индивидуальная психотерапия членов семьи с одновременным обучением каждого из них отдельным приемам коррекционной работы, например, бабушку обучают, как правильно кормить ребенка, как учить его самостоятельному приему пищи, мать – как развивать ребенка во время прогулки, как проводить с ним те или иные коррекционные занятия, отца – как заниматься с ребенком физическим воспитанием и тому подобное. Каждый член семьи должен получить от специалистов определенные рекомендации по воспитанию и обучению ребенка. Если этот аспект консультирования становится ведущим и родителям предлагаются конкретные лечебно-коррекционные программы, а при констатации отклонений в развитии, даже в самых тяжелых случаях, обращается особое внимание на те или иные более сохранные функции и потенциальные возможности ребенка, то такое консультирование в целом является психотерапевтическим. Активное и грамотное привлечение родителей к работе со своим ребенком считается основным методом психотерапии семьи.

25. Психокоррекционная работа с детьми, страдающими аутизмом, базируется на том, что в клинической картине РАС основное место принадлежит аутистическим нарушениям поведения, речи, моторики, задержкам психического развития. Эти расстройства способствуют вторичному углублению психического дефекта. Данная работа должна проводиться комплексно, группой специалистов различного профиля, включая детских врачей-психиатров, врачей-невропатологов, учителей-логопедов, педагогов-психологов, педагогов-воспитателей, музыкального работника и других специалистов. Вторым важным принципом является поэтапность психокоррекционной работы с учетом степени выраженности дефекта у ребенка с РАС.

Основные направления психокоррекционной работы с детьми, страдающими аутизмом, определяются спецификой данного синдрома и заключаются в следующем:

- а) ориентации ребенка, страдающего аутизмом, вовне;
- б) обучение ребенка простым навыкам контакта;
- в) обучение ребенка более сложным формам поведения;

г) развитие самосознания и личности ребенка, страдающего аутизмом.

Одним из важных принципов работы с детьми, страдающими аутизмом, является четкая организация занятий с ними. Сложная специфика аффективной дезадаптации ребенка, страдающего аутизмом, требует специальной организации психокоррекционной работы. В связи с этим следует выполнять следующее:

а) в связи с легкой возбудимостью ребенка, импульсивностью, хаотичностью его деятельности рекомендуется выполнять мероприятия по обеспечению безопасности детей в процессе занятий. Занятия должны проходить в специально оборудованном зале, где обязательно должны быть мягкое освещение, палас или ковер на полу. В зале не должно быть острых и тяжелых предметов;

б) необходима строгая организация режима в группе и обязательным является идентичность обстановки занятий, постоянство состава группы, так как дети, страдающие аутизмом, трудно приспосабливаются к новой обстановке и новым людям;

в) специалист должен бережно относиться к любой, даже самой примитивной активности ребенка;

г) необходимо создание индивидуальных психокоррекционных программ для каждого ребенка страдающего аутизмом;

д) необходимо активное привлечение родителей к психокоррекционному процессу.

26. Психопрофилактическая работа при РАС направлена на формирование у специалистов, детей, родителей или законных представителей, общей психологической культуры, желания использовать психологические знания в работе с детьми или в интересах собственного развития; создание условий для полноценного развития ребенка на каждом возрастном этапе; своевременное предупреждение нарушений в становлении личности и интеллекта.

В широком понимании психопрофилактическая работа предусматривает проведение мероприятий психологического характера с целью сохранения, укрепления, улучшения психического самочувствия и здоровья; предотвращения возникновения невротических расстройств, фобий; противодействие стрессовым влияниям, эмоциональному выгоранию; решение проблем на различных уровнях психической организации человека: поведенческом, личностном, экзистенциальном.

Следует выделить следующие уровни психопрофилактики:

а) первый уровень – первичная профилактика: педагог-психолог работает с детьми, имеющими незначительные эмоциональные, поведенческие и учебные расстройства и осуществляет заботу о психическом здоровье и психических ресурсах практически всех детей. На этом уровне в центре внимания педагога-психолога находятся все учащиеся организации общего образования, как «нормальные», так и с проблемами (то есть 10 (десять) из 10 (десяти) учащихся);

б) второй уровень – вторичная профилактика: направлена на так называемую «группу риска», то есть на тех детей, у которых проблемы уже начались. Вторичная профилактика подразумевает раннее выявление у детей трудностей в учении и поведении. Основная ее задача – преодолеть эти трудности до того, как дети станут социально или эмоционально неуправляемыми. Здесь педагог-психолог работает уже не со всеми детьми, а примерно с 3 (тремя) из 10 (десяти). Вторичная профилактика включает консультацию с родителями и учителями, обучение их стратегии для преодоления различного рода трудностей и так далее;

в) третий уровень – третичная профилактика: внимание педагога-психолога концентрируется на детях с ярко выраженными учебными или поведенческими проблемами, его основная задача – коррекция или преодоление серьезных психологических трудностей и проблем. Педагог-психолог работает с отдельными учащимися (примерно с 1 (одним) из 10 (десяти)), направленными к нему для специального изучения. На этом уровне собственно профилактическая деятельность осуществляется параллельно с коррекционной.

В зависимости от типа организации образования, в котором работает педагог-психолог, психопрофилактическая работа включает в себя:

а) адаптацию детей к организации дошкольного образования, рекомендации родителям или законным представителям, по оказанию помощи детям в адаптационный период;

б) обследование детей при переходе из старшей группы в подготовительную в плане их готовности к обучению, подготовка для родителей или законных представителей и воспитателей рекомендаций по ликвидации возможных отставаний и пробелов в подготовке к организации общего образования;

в) определение психологической готовности к обучению в организации общего образования для оптимального выбора организации образования, раннего выявления способностей, отклонений в развитии и их коррекции;

г) подготовка совместно с учителем программы индивидуальной работы с теми детьми, которые в этом нуждаются;

д) проведение психологического обследования детей при поступлении в учреждение интернатного типа с целью создания максимально благоприятных условий для развития детей и социально-психологической реабилитации;

е) предупреждение у детей психологической перегрузки и невротических срывов, вызванных условиями их жизни, обучения и воспитания;

ж) создание благоприятного психологического микроклимата в организации образования через оптимизацию форм общения специалистов с детьми, специалистов с коллегами и родителями, консультирование работников учреждения по широкому кругу проблем.

При профессионально грамотном решении задач психолого-педагогической службы и дошкольный, и школьный педагог-психолог

занимаются в основном психопрофилактической работой. Но если на одной из возрастных ступеней нормальные условия развития ребенка нарушаются, на последующей ступени приходится основное внимание сосредоточивать на коррекции и проводить специальную развивающую работу.

Существуют разные формы психопрофилактической работы:

а) первая форма – организация социальной среды, в основе которой лежат представления о детерминирующем влиянии окружающей среды, на формирование девиаций. Воздействуя на социальные факторы, можно предотвратить нежелательное поведение личности. Воздействие может быть направлено на общество в целом, например, через создание негативного общественного мнения по отношению к девиантному поведению. Объектом работы также может быть семья, социальная группа, организация общего образования, класс или конкретная личность. В рамках данной модели профилактика зависимого поведения у подростков включает, прежде всего, социальную рекламу по формированию установок на здоровый образ жизни и трезвость. Особое значение имеет политика средств массовой информации;

б) вторая форма – информирование, которое может выражаться в форме лекций, распространении специальной литературы, бесед или видеотелефильмов. Информирование заключается в попытке воздействия на когнитивные процессы личности с целью повышения ее способности к принятию конструктивных решений. Для этого обычно широко используется информация, подтвержденная статистическими данными, например, о пагубном влиянии наркотических средств на здоровье и личность. Нередко информация имеет запугивающий характер, при этом перечисляются негативные последствия употребления наркотиков или описываются драматические судьбы девиантов, их личностная деградация;

в) третья форма – активное социальное обучение социально важным навыкам, которое реализуется в форме групповых тренингов (тренинг резистентности, агрессивности, формирования жизненных навыков). Данная модель является одной из наиболее перспективных в работе с подростками;

г) четвертая форма – организация деятельности альтернативной девиантному поведению. Данная форма работы связана с представлением о заместительном эффекте девиантного поведения, она реализуется практически во всех программах оказания помощи в случаях уже сформированного отклоняющегося поведения;

д) пятая форма – организация здорового образа жизни. Данная форма исходит из представлений о личной ответственности за здоровье, гармонию с окружающим миром и своим организмом. Умение человека достигать оптимального состояния и успешно противостоять неблагоприятным факторам среды считается особенно ценным;

е) шестая форма – активизация личностных ресурсов.

Активное занятие подростков спортом, их творческое самовыражение, участие в группах общения и личностного роста – все это активизирует личностные ресурсы, в свою очередь обеспечивающие активность личности, ее здоровье и устойчивость к негативному внешнему воздействию;

ж) седьмая форма – минимализация негативных последствий девиантного поведения. Данная форма используется в случаях уже сформированного отклоняющегося поведения. Она направлена на профилактику рецидивов или их негативных последствий.

В соответствии со спецификой девиантного поведения можно выделить следующие принципы психопрофилактики:

а) принцип комплексности (организация воздействия на различных уровнях социального пространства, семьи или личности);

б) принцип адресности (учет возрастных, половых и социальных характеристик);

в) принцип позитивности информации;

г) принцип минимализации негативных последствий;

д) принцип личностной заинтересованности и ответственности участников;

е) принцип максимальной активности личности;

ж) принцип устремленности в будущее.

Все направления работы представляют в целом комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения расстройств психики или восстановление развившихся нарушений. Данные мероприятия взаимосвязаны с общей профилактикой, поэтому в них должны участвовать специалисты разных областей. При этом особая роль отводится психотерапевтам и педагогам-психологам, которые способны не только выявлять нервно-психические заболевания на ранних этапах, но и разрабатывать и внедрять специальные мероприятия.

10. Оказание помощи обучающимся в профессиональной ориентации

27. Получение детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами 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 республики.

Аутизм в настоящее время рассматривается как особый тип нарушения психического развития. При аутизме нарушено развитие средств коммуникации и социальных навыков. Общими для детей, страдающих аутизмом, являются трудности установления контактов с другими людьми и стереотипность собственного поведения.

Профессиональная ориентация детей и подростков с РАС предполагает следующие виды работы:

а) анализ результатов медико-психологического обследования (в связи с наличием у подростков на основе главного дефекта в развитии различных нарушений в психическом здоровье);

б) психолого-педагогическое обследование (поскольку в процессе обучения, воспитания, развития у этих детей возникают специфические трудности);

в) социально-психологическое консультирование, помогающее подростку с РАС включаться как в малые группы, так и в более широкое социальное окружение.

Современный взгляд на профессиональную успешность заключается в том, что она не дана человеку от рождения, а формируется в трудовой деятельности. В основе профессионализма лежит профессиональная мотивация, то есть желание работать, а также соответствующие способности, на основе которых формируются навыки.

При выявлении профессиональных способностей необходимо учитывать ряд факторов:

а) скрытый характер некоторых профессионально важных качеств, проявляющихся только в деятельности;

б) отсутствие внутренних критериев оценки собственной личности, способностей, успехов и неудач, ориентация в основном на внешние оценки;

в) недостаточный уровень самосознания подростка, неустойчивость эмоционального состояния, неадекватная самооценка;

г) недостаток жизненного опыта и достоверной информации о видах профессий и рынке труда.

Квалифицированное педагогически-психологическое сопровождение самоопределения детей и подростков снижает негативное влияние этих факторов.

В школьном возрасте некорректно говорить о профессиональных способностях, правильнее говорить об индивидуальных психологических особенностях как предпосылках формирования способностей. Однако диагностика этих особенностей в организациях общего образования снижает вероятность ошибки при выборе будущей профессии. При рассмотрении вопроса разработки и модификации профориентационных методик для учащихся с РАС необходимо сузить выбор профессий до тех, которые доступны для освоения, чтобы снизить риск травматизации.

Учитывая, что дети-инвалиды и лица с РАС в условиях инклюзивного образования учатся вместе со сверстниками, не имеющими ограничений по здоровью, профориентационная работа обычно проводится со всем классом. Предложенные в данном концепте методики учитывают возможные ограничения по здоровью, но могут быть предложены и учащимся, не имеющим ограничений. Однако при объяснении инструкции, проведении, интерпретации и обработке результатов нужно учитывать специфику заболеваний детей-инвалидов и лиц с РАС (давать больше времени на работу, помогать в обработке, проводить индивидуальное собеседование по результатам и так далее).

Для групповой формы профессиональной ориентации учащихся старших классов организаций общего образования и организаций профессионального образования применяются отобранные и разработанные с учетом имеющихся ограничений по здоровью методики, которые объединяют компактность, информативность, простоту в обработке, понятные учащимся интерпретации. Работа основана на потребности подростка в самопознании и саморазвитии, поэтому предполагает отказ от директивных методов консультирования, блокирующих потребность в профессиональном и личностном самоопределении.

Другой подход профессиональной консультации раскрывается в воспитательной работе, сторонники которой считают, что человека можно подготовить к выполнению любой профессии, главное – правильно подобрать эффективные методы профессионального обучения. Отсюда и содержание этого типа профессиональной консультации – изучение индивидуально-психологических особенностей человека и организация оптимального профессионального обучения.

Квалифицированная помощь в выборе профессии и планировании карьеры – важный аспект социальной адаптации детей-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Подводя итоги рассмотрения проблемы комплексного подхода к профессиональной ориентации подростков с РАС, можно сделать следующие выводы:

а) профессиональное ориентирование детей-инвалидов и лиц с РАС нужно осуществлять комплексно, вовлекая в этот процесс различных специалистов и родителей;

б) методический инструментарий для определения особенностей учащихся, выбирающих профессию, должен быть адаптирован к возможностям подростка с РАС;

в) важно на протяжении всего периода профессиональной ориентации корректировать профессиональные планы каждого ребенка в соответствии с его возможностями;

г) на основе корректировки профессиональных планов целесообразно проводить психолого-педагогическую работу по воспитанию качеств, необходимых для овладения той или иной профессией.

Таким образом, основная задача профессиональной ориентационной работы заключается не только в диагностике, но и в развитии функций, необходимых для освоения профессии.

11. Ожидаемые результаты реализации Концепции

28. РДА представляет собой одно из сложнейших нарушений психического развития, при котором наблюдаются, прежде всего, расстройства процессов коммуникации, неадекватное поведение, трудности формирования эмоциональных контактов с внешним миром, окружающими людьми и, как результат, нарушение социальной адаптации.

Несмотря на то что причины детского аутизма еще не достаточно изучены, необходимо отметить, что в случае ранней диагностики ребенка может быть поставлен или исключен диагноз РДА. С прогрессом медицины возможно проведение дифференциальной диагностики, что немаловажно в проблеме РДА. После проведения педагогической диагностики детей, страдающих аутизмом, можно приступать к построению индивидуальной тактики комплексной коррекционной работы с детьми с РАС. При этом следует учитывать клинико-психологическую классификацию РАС.

Кроме того, наиболее эффективна коррекционная работа, имеющая индивидуальную направленность. Сочетание четкой пространственной организации, расписаний и игровых моментов может заметно облегчить обучение ребенка с РДА навыкам бытового поведения. Приобретение самостоятельных специальных умений способствует формированию у ребенка с РАС положительных черт поведения, уменьшению аутичных проявлений и других недостатков развития.

В коррекционной работе необходимо обратить внимание на интегрированное обучение и воспитание детей с РАС. Интеграция и коррекционная работа позволяет более успешно решать задачи социальной адаптации детей с аутистическими проявлениями.

Таким образом, коррекционно-абилитационная работа с детьми, имеющими аутистические проявления, позволит:

- а) организовать его поведение;
- б) развить способности к коммуникативному взаимодействию;
- в) обучить навыкам самообслуживания;
- г) сгладить негативные проявления аутизма;
- д) усилить психическую активность ребенка;
- е) научить проводить свободное время;
- ж) подготовить к обучению.

Все это поможет ребенку социализироваться, адаптироваться в обществе и трудоустроиться. В итоге достигается улучшение качества жизни детей, страдающих аутизмом.