

И. А. Ларионова, А. И. Репина

Психолого-педагогическая поддержка семей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра

Методические материалы



ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ
ОБРАЗОВАНИЯ
Свердловской области

Министерство образования Свердловской области
Государственное автономное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования Свердловской области
«Институт развития образования»
Кафедра педагогики и психологии

**Психолого-педагогическая поддержка семей, воспитывающих
ребенка с расстройством аутистического спектра**

Методические материалы

Екатеринбург
2025

Рецензенты:

Н. В. Мирецкая, специалист по учебно-методической работе Нижнетагильского филиала ГАОУ ДПО СО «ИРО»;

А. В. Ларина, ассистент кафедры логопедии и клиники дизонтогенеза ИСО ФГАОУ ВО «УрГПУ».

Авторы-составители:

И. А. Ларионова, профессор кафедры педагогики и психологии ГАОУ ДПО СО «ИРО», доктор педагогических наук;

А. И. Репина, кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры теории и методики адаптивной физической культуры Екатеринбургского института физической культуры ФГБОУ ВО УралГУФК,

П 86 Психолого-педагогическая поддержка семей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра: методические материалы / Министерство образования и молодежной политики Свердловской области, государственное автономное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Свердловской области «Институт развития образования»; авт. -сост. И. А. Ларионова, А. И. Репина. – Екатеринбург: ГАОУ ДПО СО «Институт развития образования», 2025. – 44 с.

Методические материалы раскрывают проблему психолого-педагогической поддержки семей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра. В них описаны особенности детей с РАС, конкретизируются способы и формы психолого-педагогической поддержки семей, воспитывающих детей с подобной нозологией. Ресурс, предложенный авторами, будет интересен как педагогам дошкольных образовательных организаций, так и школ. Педагоги смогут обратиться к теме материалов, которые предложены для родителей конкретной возрастной группы.

Данные материалы адресованы и будут полезны широкому кругу педагогических работников, учителям-дефектологам, учителям-предметникам, учителям-логопедам, педагогам-психологам, социальным педагогам, воспитателям.

Утверждено Научно-методическим советом ГАОУ ДПО СО «ИРО» от 08.12.2025 г. № 13

Содержание

Содержание.....	3
Введение	4
1. Психолого-педагогическая поддержка семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ	6
2. Понятие, причины и клиническая характеристика расстройства аутистического спектра.	11
3. Особенности психического и физического развития детей с расстройством аутистического спектра	17
4. Современные подходы к коррекционной работе детей с расстройством аутистического спектра	24
Заключение	28
Список литературы	29
Приложение 1	33
Приложение 2	36
Приложение 3	41
Приложение 4	44

Введение

Психолого-педагогическая поддержка, осуществляемая образовательной организацией, является важным ресурсом для семей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра (далее – РАС). В настоящее время в мире отмечается тенденция к увеличению числа детей этой нозологической группы. По новейшим данным в мире каждый 36-38 ребенок имеет расстройство аутистического спектра. В нашей стране число зарегистрированных детей с таким нарушением развития растет ежегодно. Специалисты, занимающиеся проблемами детей с расстройствами аутистического спектра, рассматривают его как особый тип нарушения психического развития. Это связано с тем, что РАС характеризуется изменениями во всех психических сферах: перцептивной, интеллектуальной, речевой, эмоциональной, волевой, поведенческой.

Характеризуя детей данной нозологической группы, стоит отметить, что у большинства наблюдается стереотипность поведения, нарушено формирование коммуникативных и социальных навыков, имеются трудности во взаимодействии с другими людьми, страхи и сопротивление всему новому. При детском аутизме имеют место нарушения эмоционально-волевой сферы, поведения, умственной деятельности, речи, определяющие сложную структуру нарушенного психического развития.

Проблемы установления взаимоотношений с окружающими сказываются на работоспособности, общем мировосприятии и, тем самым, еще больше укрепляют социальную изоляцию ребенка. Возникает своеобразный порочный круг – социальные и психологические факторы усугубляются негативным влиянием друг на друга.

Своевременное сопровождение семей, воспитывающих детей с ОВЗ, помогает вернуть им веру и надежду, дать старт для упорного труда в направлении улучшений в развитии ребенка.

В методических материалах акцент сделан на раскрытии вопроса психолого-педагогической поддержки семей, воспитывающих детей с РАС. Рекомендации помогут педагогам ответить на вопросы: как выстраивать диалог с родителями; какие направления и формы взаимодействия могут быть полезны и интересны; как создать специальные условия для удовлетворения особых образовательных потребностей детей с расстройством аутистического спектра. Каждое слово и действие педагога может стать ступенькой к пониманию родителями своего ребенка, правильно оказанная помощь укрепит веру как ребенка в свои способности, так и семьи в целом.

Так, психолого-педагогическая поддержка – это комплекс мер, который разработан педагогическим коллективом с целью оказания профессиональной помощи родителям, воспитывающим ребенка с расстройством аутистического спектра, а также улучшения семейного микроклимата, формирования положительных отношений между всеми членами семьи, повышения уровня педагогических знаний и умений родителей.

Педагоги, которые опираются на методические материалы, реже испытывают тревогу в общении с такими семьями, ведут себя профессионально, проявляют эмпатию в отношении детей и родителей, что улучшает межличностное взаимодействие, делая его максимально комфортным и содержательным.

ГАОУ ДПО СО "ИРО"

1. Психолого-педагогическая поддержка семей, воспитывающих ребенка с ОВЗ

Согласно «Толковому словарю живого великорусского языка» В. Даля, «поддерживать» означает «служить подпорой, подставкой, укрепой; подпирать, не дать рушиться и пасть, держать в прежнем виде» [37]. То есть в изначальном смысле, поддерживать – значит оказывать помощь по поддержанию устойчивого, стабильного состояния чего-либо.

Основами теории педагогической поддержки занимался О. С. Газман, который считал, что психолого-педагогический смысл понятия поддержки заключается в том, чтобы «поддержать то, или помочь тому, что уже на достаточном уровне имеется в наличии» [22].

Психолого-педагогическая поддержка семьи – это содействие родителям со стороны специалистов (педагогов, психологов, социальных педагогов, специальных психологов) в осознании динамичности своей родительской позиции, поиске конструктивных форм межличностного взаимодействия со своим ребенком и выборе адекватных методов воспитания, способствующих успешной адаптации и личностному росту ребенка в социуме.

Целью психолого-педагогической поддержки семьи является формирование и совершенствование родительской компетентности.

В свою очередь, задачами психолого-педагогической поддержки семьи выступают следующие [15]:

- актуализация родительского опыта и знаний в сфере воспитания детей;
- развитие у родителей навыков создания соответствующих условий для благоприятного психологического и личностного развития ребенка;
- оказание помощи родителям в выработке эффективных приемов установления контакта и взаимодействия с ребенком и способов регулирования его поведения;
- развитие и закрепление у родителей субъект-субъектной позиции взаимодействия с ребенком, способствующей построению адекватного и равноправного общения с ребенком и разрешению межличностных конфликтов в системе отношений «родитель – ребенок», «ребенок – ребенок»;
- формирование у родителей умения оказывать психологическую и эмоциональную поддержку ребенку.

Психолого-педагогическая поддержка семьи, как правило, осуществляется на основе таких принципов, как [21]:

Принцип гуманистической направленности в отношениях между взрослыми и детьми, который основан на признании самоценности личности и ориентирует на принятие позиции равенства и личностного роста в отношениях в семье.

Принцип активного участия родителей в процессе психолого-педагогической поддержки семьи. Это позволяет повысить педагогическую грамотность, родительскую компетентность и активизировать механизмы личностного саморазвития.

Принцип индивидуального и дифференцированного взаимодействия с семьей, что предполагает учет особенностей и возможностей каждой семьи.

Принцип социальной связанности через включение родителей и детей в совместные виды деятельности. Родители активно проводят время вместе с ребенком и находятся на территории его интересов.

Принцип учета специфики детско-родительских отношений, особенностей воспитания ребенка в семье с учетом его индивидуальности.

Принцип проблемности, то есть осознание, моделирование и разрешение родителями проблемных и конфликтных межличностных ситуаций с целью устранения деструктивных форм поведения и обучения адекватным способам реагирования в проблемных, стрессовых ситуациях взаимодействия.

Принцип позитивного эффекта предполагает акцентирование внимания на потенциальных возможностях родителей, что не ограничивает их, а поддерживает и стимулирует их поисковую активность.

Е. В. Алфеева и С. И. Никитина предложили модель психолого-педагогической поддержки семьи, которая предусматривает следующие этапы [15]:

I этап – «Психолого-педагогическое просвещение» родителей, формирование у них первичных основ родительской компетентности, позволяющей родителю понять основные закономерности развития ребенка и его воспитания в семье.

II этап – «Тематические семинары-тренинги», направленные на осознание родителями полученных знаний и формирование на их основе собственных подходов к воспитанию ребенка, умения принимать самостоятельные педагогические решения в рамках своей родительской компетентности.

III этап – «Индивидуальное консультирование» – обучает родителя быть гибким, учитывать индивидуальность своей семьи и ребенка, выстраивать конструктивное межличностное взаимодействие внутри семьи и за ее пределами в условиях постоянно меняющихся жизненных обстоятельств.

Согласно обозначенной цели психолого-педагогической поддержки семьи «родительская компетентность» выступает в качестве интегративного показателя эффективности оказываемой поддержки и состоит из соответствующих компонентов/параметров (когнитивно-мотивационный, эмоционально-ценностный, поведенческо-деятельностный), которые необходимо учитывать при организации различных форм работы с семьей. Следовательно, каждый этап психолого-педагогической поддержки может быть направлен на формирование определенного компонента родительской компетентности.

Психолого-педагогическая поддержка семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), направлена на помощь семье справиться с трудной задачей воспитания ребенка, способствовать социальной адаптации семьи, мобилизовать ее возможности.

Определим основные нозологические группы. Нозологические группы детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) – это категории, характеризующие нарушения развития, которые препятствуют освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания. Такие группы выделяют на основе схожих признаков патологии или родственных заболеваний.

Некоторые нозологические группы детей с ОВЗ:

С нарушениями слуха (глухие, слабослышащие). Первичное нарушение – нарушено слуховое восприятие из-за поражения слухового анализатора.

С нарушениями зрения (слепые, слабовидящие). Первичное нарушение – страдает зрительное восприятие из-за органического поражения зрительного анализатора.

С тяжелыми нарушениями речи (недоразвитие речи). *С нарушениями опорно-двигательного аппарата* (задержка формирования, недоразвитие или утрата двигательных функций). Например, дети с детским церебральным параличом.

С задержкой психического развития (ЗПР) – замедленный темп формирования высших психических функций из-за слабовыраженных органических поражений центральной нервной системы.

С нарушениями интеллектуального развития – первичное нарушение – органическое поражение головного мозга, обуславливающее нарушения высших познавательных процессов.

С нарушениями эмоционально-волевой сферы (например, ранний детский аутизм).

С комплексными (сложными) нарушениями развития – сочетаются два и более первичных нарушения (например, слабослышащие с детским церебральным параличом, слабовидящие с задержкой психического развития).

Для детей разных нозологических групп характерны следующие особенности:

- особенности приема, переработки, хранения и использования информации;
- специфическое формирование понятий;
- снижение темпа деятельности;
- снижение работоспособности при длительных умственных и физических нагрузках;
- трудности адаптации к новым условиям.

Цели поддержки – повышение педагогических компетенций родителей, снижение эмоционального напряжения и укрепление детско-родительских отношений.

Обозначим задачи психолого-педагогической поддержки семей, воспитывающей детей с ограниченными возможностями здоровья:

1. Изучение личности ребенка и его родителей, системы их отношений;
2. Защита интересов ребенка, сохранение семейных связей;

3. Информирование родителей о системе психолого-педагогической и медико-социальной помощи;
4. Развитие детско-родительских отношений;
5. Формирование адекватных родительских установок на заболевание и социально-психологические проблемы ребенка;
6. Содействие родителям в поиске наиболее эффективных видов помощи и условий ее оказания;
7. Повышение мотивации семьи на решение проблем ребенка, оказание ему помощи и поддержки;
8. Формирование навыков адекватного общения с окружающим миром;
9. Содействие преодолению психологических барьеров.

Некоторые формы психолого-педагогической поддержки:

- Семейное консультирование. Специалист оказывает поддержку в преодолении эмоциональных нарушений в семье, вызываемых появлением «особого» ребенка.
- Индивидуальные занятия с ребенком в присутствии матери. Подбираются эффективные методы воспитательно-педагогического воздействия на ход психического развития самого ребенка и результативные способы обучения родителей коррекционно-развивающим технологиям.
- Групповая работа. Организация работы родительских и детско-родительских групп, в которых участникам предоставляется возможность поделиться собственным опытом и узнать об опыте других.
- Информирование. Специалисты предоставляют семье информацию о закономерностях и особенностях развития ребенка, о его возможностях и ресурсах, о вопросах воспитания и обучения такого ребенка и т. д.
- Индивидуальное консультирование. Практическая помощь родителям в поиске решений в проблемных ситуациях, в налаживании конструктивных отношений со своим ребенком.

Психологическая работа с родителями должна идти параллельно с коррекционными мероприятиями, направленными на ребенка, и необходима на разных этапах его развития.

Психолого-педагогическая поддержка семей с детьми с ОВЗ – это комплекс мер, направленных на создание благоприятных условий для развития ребенка и семьи в целом. Она включает диагностику, коррекционную и развивающую работу, консультации и просвещение родителей.

Психолого-педагогическая диагностика: изучение личности ребенка и особенностей его семьи; оценка детско-родительских отношений.

Психологическая и педагогическая коррекция: развитие у ребенка познавательных способностей, эмоционально-волевой сферы и навыков общения; формирование адекватных родительских установок и стратегий воспитания.

Консультирование: помощь родителям в поиске наиболее эффективных способов помощи ребенку; содействие в преодолении психологических барьеров и сложностей, связанных с заболеванием ребенка.

Просвещение: информирование родителей о системе психолого-педагогической помощи, задачах и возможностях; обучение родителей эффективным методам взаимодействия с ребенком.

Ключевыми принципами поддержки будут:

Партнерство – взаимодействие специалистов и родителей на основе доверия и взаимопонимания.

Индивидуальный подход – учет возрастных, индивидуальных особенностей ребенка, специфики заболевания и его образовательных потребностей.

Поддержка – содействие родителям в решении проблем ребенка и поддержание их мотивации.

Системность и непрерывность – процесс сопровождения охватывает все аспекты жизни ребенка и семьи.

Позитивная установка – акцент на сильных сторонах ребенка, его успехах и возможностях.

2. Понятие, причины и клиническая характеристика расстройства аутистического спектра

Расстройство аутистического спектра (РАС) характеризующееся проблемами социального взаимодействия, двигательными и поведенческими стереотипами. Это расстройство встречается все чаще, при этом РАС диагностируется во всех этнических, расовых и социально-экономических группах.

РАС считается заболеванием нейробиологическим, симптомы которого меняются на протяжении всей жизни и сохраняются. Методы терапии детей младшего возраста чаще всего нацелены на коррекцию нервно-психического развития. По мере взросления характер помощи смещается в сторону социализации, активного общения и достижения независимости, в том числе за счет получения высшего образования и поиска работы. Большинство случаев подтверждают, что в помощи нуждаются не только пациенты с РАС, но их родители и ближайшее окружение.

Расстройства аутистического спектра, характеризуется комплекса симптомов, которые зависят и как именно оно влияет на поведение ребенка от степени нарушения.

К основным признакам расстройства аутистического спектра относятся:

- Дефицит в общении и социальных навыках. Сложности в распознавании и понимании невербальных сигналов и эмоций взаимодействия с другими людьми. Дети избегают участия в групповых активностях, играх или проявляют недостаточное участие. Они не иницируют разговоры и могут затрудняться в поддержании диалога. Они испытывают затруднения в сопереживании и выражении своих чувств.
- Недостаточное использование и понимание невербального общения. Дети не прибегают к использованию интонации в своей речи, жестов или мимики. Часто избегают зрительного контакта.
- Сильная привязанность к неодушевленным предметам. Дети могут сильно привязываться к любимым игрушкам, одежде или личной коллекции (марки, значки и т. д.).
- Чувствительность к внешним стимулам и аномальные реакции на них. Нейтральные сигналы, такие как шепот или легкое прикосновение, могут вызывать сильно негативные реакции, в то время как болевые или неприятные стимулы могут быть восприняты безотносительно. Люди с расстройством аутистического спектра проявляют стереотипные поведенческие и деятельность паттерны, например, монотонное круговое движение, постукивание предметами по поверхности и т. д. У взрослых наблюдается патологическая педантичность в отношении расположения предметов и мебели в помещении. Некоторые люди испытывают сильное желание постоянства и цикличности, такие как строгий распорядок дня, одинаковый маршрут для прогулок, определенное время для приема пищи и т. д.

- Вербальные стереотипии. Во фразовой и словесной эхолалии – многократные и бессмысленные повторы слогов, окончаний и отдельных слов.

Симптомы расстройства аутистического спектра зависят от тяжести нарушения от легкой до тяжелой формы. При тяжелой форме этих нарушений наблюдается полное отсутствие движений и речевой функции.

У многих пациентов диагностируются проблемы в двигательной сфере – их походка становится шаткой, есть небольшие проблемы с координацией. У детей появляются признаки аутистического расстройства с первых месяцев жизни. Это безразличие к тем, кто осуществляет уход, отсутствие зрительного контакта и другие проявления. При этом другие дети могут вести себя вполне нормально в первые годы жизни, но потом происходят изменения в их поведении – они становятся отстраненными, теряют языковые навыки, которые были приобретены ранее. Ученые рассказали о различиях в интеллекте. У одних детей могут наблюдаться проблемы с обучением, тогда как другие дети могут иметь нормальный или даже высокий уровень интеллекта. Они хорошо учатся и воспринимают информацию, но у них отсутствует интерес к коммуникации с другими людьми, они плохо приспосабливаются к социальным ситуациям [18].

Причины развития РАС

Подавляющее количество данных, полученных в ходе проведенных исследований, не подтверждает связь между расстройством аутистического спектра и вакцинацией. Точной причины возникновения этого расстройства пока нет. Имеются различные гипотезы – от влияния ранней вакцинации до возраста отца или матери ребенка.

К причинам расстройств аутистического спектра относят генетические и средовые факторы. При этом на долю генетической предрасположенности приходится от 64% до 91% всех случаев. Механизм передачи от родителей к детям до конца не исследован, но медики установили, что наибольший риск развития у однояйцевых близнецов.

Генетически измененные гены являются одной из основных причин по которой возникает и развивается данное заболевание. Научные исследования утверждают, что риск развития раннего детского аутизма среди сестер и братьев увеличивается в три-восемь раз. Генетических проблем при аутизме существует достаточно много. Они напрямую связаны с белками, протеинами, нейронами и митохондриями. Аутизм передается по наследству, это значит, что дети, которые страдают от такой болезни, изначально были подвержены ей на генетическом уровне. Именно наследственность является причиной, по которой в одной семье от такого заболевания страдают несколько детей. Следует отметить, что дефект митохондрий – это генетический сбой, который встречается у аутистов чаще всего. При этом четко прослеживается генетическая предрасположенность к белковым нарушениям и отклонениям в нейронном взаимодействии, протекающая на клеточном уровне. Такие изменения часто ведут к разрушению мембран клеток и провоцируют.

Следующий фактор, это вирусный, научные исследования проводились и в области вирусологии. Таким образом, было высказано предположение, что

на развитие аутизма могут повлиять токсическая и инфекционная причины. Вирус простого герпеса, краснухи, моновулеоза, ветряной оспы, розеола и цитомегаловируса очень опасны для развивающегося мозга ребенка. Они могут вызвать нестандартный ответ иммунной системы организма на инфицирование, что может повлечь за собой развитие аутизма и других аутоиммунных болезней. При сниженном иммунитете у новорожденных, проникновение вируса в их организм в значительной степени влияет на нервную систему и головной мозг, вследствие чего возникает аутоиммунная реакция. Говоря простым языком, организм младенца борется сам с собой, поражая при этом собственные здоровые клетки, благодаря чему появляются ранний детский аутизм и умственная отсталость. Чаще всего вирус проникает в организм ребенка при внутриутробном развитии, при инфицировании беременной женщины. Также возможно заражение грудничка через материнское молоко при грудном вскармливании или слюну. Бывает так, что ребенок подхватывает инфекционное заболевание в яслях.

Более слабые области головного мозга подвергаются удару в первую очередь, а это именно те, которые отвечают за эмоциональное настроение и коммуникативные навыки. К примеру, мозжечковая миндалина способствует регулированию эмоционального фона и несет ответственность за манеру общения, интонацию, а также за зрительный контакт. А как известно основными симптомами аутизма являются отсутствие зрительного контакта, эмоциональная бедность, замкнутость и снижение коммуникативных функций.

Одна из теорий повествует о том, что аутизм вызывают прививки, сделанные детям в младенческом возрасте в процессе обязательной вакцинации. Однако на сегодняшний момент было проведено множество различных научных исследований, но ни одно из них так и не доказало связь между вакцинами, или их сочетанием с данным заболеванием. Также не было найдено абсолютно никаких доказательств того, что вещества, используемые при производстве вакцин, способствуют возникновению расстройств аутистического спектра. Теория о том, что Тимеросал, добавляемый в вакцины, увеличивает в несколько раз риск развития такого заболевания, осталась неподтвержденной.

Одной из причин возникновения аутизма принято считать перенесенные беременной женщиной инфекционные заболевания во время вынашивания плода. К таким инфекциям относятся корь, герпес и ветряная оспа. Даже обычный грипп и острые вирусные инфекции в такой период увеличивают риски рождения ребенка с аутизмом практически в два раза [23].

Классификация расстройства аутистического спектра

В МКБ-10 расстройства аутистического спектра не выделены в отдельную категорию, но они входят в раздел: общие расстройства психологического развития (F84). В новой версии классификатора (МКБ-11) для РАС введена отдельная диагностическая единица «Расстройство аутистического спектра».

По современному классификатору психических расстройств DSM-V расстройство аутистического спектра (РАС) включает в себя пять фронтальных детских состояний, известных как первазивное расстройство развития (PDD):

классический аутизм, синдром Аспергера, синдром Ретта, синдром Хеллера и атипичный аутизм.

Классический аутизм или синдром Каннера

Аутизм (инфантильный аутизм, детский аутизм) – комплексное расстройство, включающее несколько нарушений. Все существующие основные диагностические системы (МКБ-10, ДСМ-III-P, ДСМ-IV) сходятся в том, что для постановки диагноза аутизма должна присутствовать триада симптомов: недостаток социального взаимодействия (сложно понять чувства и эмоции других людей, а также выразить свои собственные, что затрудняет адаптацию в обществе), недостаток взаимной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвитие воображения, которое проявляется в ограниченном спектре поведения.

Существуют определенные симптомы, часто появляющиеся при аутизме, но не считающиеся основными для постановки диагноза, однако они заслуживают внимания. К ним относятся: гиперактивность (особенно в раннем детском или подростковом возрасте), слуховая чувствительность, гиперчувствительность к прикосновению, необычные привычки при приеме пищи, включая приемы непищевых продуктов, аутоагрессия (нанесение себе повреждений), пониженная болевая чувствительность, агрессивные проявления и перемены настроения.

Синдром Аспергера

Встречается у людей с нормальным или по всем показателям хорошим, а иногда даже высоким интеллектуальным уровнем. Синдром Аспергера отличается ранним развитием речи, а также сохранностью заинтересованности в окружающем и навыков адаптации. Данный синдром устанавливается, следуя тому же набору диагностических критериев, относящихся к аутизму, но исключая критерии, относящиеся к нарушению коммуникации.

Синдром Аспергера и аутизм (при высоком интеллектуальном уровне) пересекаются друг с другом. Уровень развития сопереживания (эмпатии) может быть определяющим фактором в постановке того или иного диагноза. При чрезмерно низких показателях эмпатии возможен диагноз аутизма, а в тех случаях, когда уровень эмпатии более высокий, вместо аутизма может быть поставлен диагноз синдрома Аспергера.

Чаще единственным признаком, который дифференцирует аутизм от синдрома Аспергера, является уровень IQ. Низкий коэффициент интеллекта ведет к постановке диагноза аутизма, а более высокий уровень IQ – синдрома Аспергера.

Стоит отметить и такой феномен, который в современном обществе принято называть «синдромом саванта». Синдром саванта, иногда сокращенно называемый «савантизм», считается частным случаем аутизма. Это состояние, при котором лица с отклонением в развитии (в том числе аутистического спектра) имеют выдающиеся способности в одной или нескольких областях знаний, контрастирующие с общей ограниченностью личности. Встречается довольно редко и обычно является вторичным явлением, сопровождающим некоторые формы нарушений развития, зачастую синдром Аспергера.

Общая для всех савантов интеллектуальная особенность – феноменальная память. Специализированные области, в которых чаще всего проявляются способности савантов: музыка, изобразительное искусство, арифметические вычисления, календарные расчеты, картография, построение сложных трехмерных моделей.

Человек с синдромом саванта может быть способен повторить несколько страниц текста, услышанного им один раз или безошибочно рассчитать результат умножения шестизначных чисел. Помимо этого, среди зарегистрированных проявлений синдрома саванта есть способности к изучению иностранных языков, обостренное чувство времени, тонкое различение запахов и др. При этом, в областях, лежащих вне проявлений синдрома, такой человек может демонстрировать явную неполноценность, вплоть до умственной отсталости.

Синдром Ретта

Синдром Ретта – одно из наиболее распространенных патологий в ряду наследственных форм умственной отсталости, встречающееся исключительно у девочек. В течении заболевания часто выявляют четыре стадии:

1. Первая стадия – стагнация. Возраст, в котором впервые отмечаются отклонения в развитии детей, колеблется от 4 месяцев до 2,5 лет. Первые признаки болезни включают замедление психомоторного развития ребенка и темпов роста головы, потерю движений, напоминающих «мытьё рук». Более чем у половины детей наблюдаются аномалии дыхания, возможно появление судорожных припадков. Важным симптомом является потеря контакта с окружающими.
2. Далее следует период регресса нервно-психического развития, который начинается, как правило, в возрасте 1-3 лет и сопровождается приступами беспокойства, «безутешного крика», нарушением сна. В течение нескольких недель-месяцев ребенок утрачивает ранее приобретенные навыки, в частности, пропадают целенаправленные движения рук, он перестает говорить.
3. Третья стадия охватывает период дошкольного и раннего школьного возраста. В это время состояние детей относительно стабильно. На первый план выступают глубокая умственная отсталость, судорожная активность, а также разнообразные двигательные расстройства. Приступы беспокойства проходят, сон улучшается, становится возможен эмоциональный контакт с ребенком.
4. К концу первого десятилетия жизни начинается четвертая стадия – прогрессирование двигательных нарушений. В то же время судороги становятся реже. В таком состоянии пациенты могут пребывать десятки лет.

Атипичный аутизм

Тип общего расстройства развития, который отличается от аутизма либо возрастом начала, либо отсутствием хотя бы одного из трех диагностических критериев. Атипичный аутизм наиболее часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, у которых очень низкий уровень функционирования

обеспечивает возникновение проявлений специфического отклоняющегося поведения, требуемого для диагноза аутизма; он также встречается у лиц с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи. Атипичный аутизм, таким образом, представляет собой состояние, значительно отклоняющееся от аутизма.

Детское первазивное (дезинтегративное) расстройство

Существует небольшая группа людей, которые развиваются без явных аномалий в возрасте от 1,5 до 4 лет, а затем у них появляются тяжелые симптомы аутизма. У имеющих более длительный период нормального развития, затем, следовательно, явно выраженная регрессия навыков и развитие многих симптомов, характерных для аутизма.

Совокупность данных симптомов в прошлом рассматривали как психоз Геллера, деменцию Геллера или дезинтегративный психоз. В настоящее время такие формулировки устарели, и применяется понятие детского первазивного (дезинтегративного) расстройства (В. М. Астапов).

Люди, проявляющие три или более симптомов, но не имеющие полного набора критериев аутизма, синдрома Аспергера, детского дезинтегративного расстройства или другого, похожего на аутизм расстройства, могут диагностироваться как имеющие аутичное состояние.

Многие дети с расстройством внимания и тяжелой моторной неуклюжестью имеют аутичные состояния.

3. Особенности психического и физического развития детей с расстройством аутистического спектра

Первые признаки нарушения развития ребенка проявляются уже на первом году жизни (например, он поздно садится, не проявляет эмоций при общении с родителями, не интересуется игрушками, не отзывается на свое имя).

Признаки РАС в период раннего возраста:

- в 8 месяцев – отсутствие зрительного контакта и реакции на имя;
- 12 месяцев – нетипичное использование жестов, отсутствие указательного жеста;
- 18 месяцев – нетипичное поведение во время игр, непонимание речи или отказ от диалога;
- 24 месяца – целый набор взаимосвязанных признаков: ребенок не повторяет за взрослым, не общается во время игры, медленно накапливает словарный запас.

Более заметными признаки аутизма становятся к двум-трем годам. Также возможны случаи, когда уже при появлении навыков происходит регресс, и ребенок перестает делать то, чему научился ранее, например, только научился произносить несколько слов, но потом вообще перестал разговаривать. В таком случае говорят о регрессивном аутизме. Также эту форму называют процессуальным или органическим аутизмом. В основном она возникает в 15-30 месяцев, может развиваться как медленно, так и быстро. После такого аутизма навыки долго не развиваются, возникает период «застоя».

Физическое развитие и двигательные способности детей с РАС характеризуются моторной недостаточностью, отставанием от здоровых сверстников по антропометрическим параметрам и по развитию таких физических качеств как сила, ловкость, скорость движения, быстрота реакции, выносливость, гибкость и подвижность суставов. Кроме того, у детей отмечаются выраженные нарушения координационных способностей, что обусловлено недостатками высших уровней регуляции, а также выраженной гипокинезией. Дети с РАС имеют значительные трудности и недостатки в развитии мелкой моторики. Подростки в два раза чаще, чем их нейротипичные сверстники, подвержены риску ожирения и сопутствующих заболеваний, у них часто встречается атрофия мышц. В то же время у 37% детей в спектре, занимающихся физкультурой, наблюдается как уменьшение проблемного поведения, так и улучшение когнитивных навыков [27].

В целом для психического развития при РАС свойственна неравномерность. Так, повышенные способности в отдельных ограниченных областях, таких как музыка, математика, живопись, могут сочетаться с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Одним из главных патогенных факторов, обуславливающих развитие личности по аутистическому типу, является снижение общего жизненного тонуса. Это проявляется прежде всего в ситуациях, требующих активного, избирательного поведения.

Внимание

Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обуславливает крайне низкий уровень активного внимания. С самого раннего возраста отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности. У детей, страдающих РАС, наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Однако отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрации внимания ребенка. Это может быть какой-либо звук или мелодия, блестящий предмет и т. п.

Характерной чертой является сильнейшая психическая пресыщаемость. Внимание ребенка с РАС устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд. В некоторых случаях пресыщение может быть настолько сильным, что ребенок не просто выключается из ситуации, а проявляет выраженную агрессию и пытается уничтожить то, чем он только что с удовольствием занимался.

Ощущения и восприятие

Для детей с РАС характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в повышенной сенсорной ранимости, и в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а также значительное расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами.

Если в норме человеческое лицо является самым сильным и привлекательным раздражителем, то дети с РАС отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же человека практически мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта.

Особенности восприятия наблюдаются у 71% детей, диагностированных как имеющих РАС. К первым признакам «необычности» поведения детей с РАС, которые замечаются родителями, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, проявляющиеся уже на первом году жизни. В реакциях на предметы обнаруживается большая полярность. У части детей реакция на «новизну», например, изменение освещения, необычайно сильная. Она выражается в чрезвычайно резкой форме и продолжается длительное время после прекращения действия раздражителя.

Многие дети, наоборот, яркими предметами интересовались слабо, у них также не отмечалось реакции испуга или плача на внезапные и сильные звуковые раздражители, и вместе с тем у них отмечали повышенную чувствительность к слабым раздражителям: дети просыпались от едва слышного шуршания, легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например, работающие в доме бытовые приборы (Х. Ремшмидт).

В восприятии ребенка с РАС отмечается также нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины реального предметного мира. Для них важен не предмет в целом, а отдельные его сенсорные качества: звуки, форма и фактура предметов, их цвет. У большинства детей наблюдается повышенная любовь к музыке. Они повышено чувствительны к запахам, окружающие предметы обследуют с помощью обнюхивания и облизывания.

Большое значение имеют для детей тактильные и мышечные ощущения, идущие от собственного тела. Так, на фоне постоянного сенсорного дискомфорта дети стремятся получить определенные активирующие впечатления (раскачиваются всем телом, совершают однообразные прыжки или кружатся, получают удовольствие от разрывания бумаги или ткани, переливают воду или пересыпают песок, наблюдают за огнем). При часто сниженной болевой чувствительности у них наблюдается склонность к нанесению себе различных повреждений.

Память и воображение

С самого раннего возраста у детей с РАС отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего: информация входит в сознание детей целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст. Дети данной категории хорошо запоминают, а затем однообразно повторяют различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу.

Относительно воображения существуют две противоположные точки зрения: согласно одной из них, отстаиваемой еще Л. Каннером, дети с РАС имеют богатое воображение, согласно другой – воображение этих детей если и не снижено, то причудливо, имеет характер патологического фантазирования. В содержании аутистических фантазий переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события. Патологические фантазии детей отличаются повышенной яркостью и образностью. Нередко содержание фантазий может носить агрессивный оттенок. Дети могут часами, ежедневно, в течение нескольких месяцев, а иногда и нескольких лет, рассказывать истории о мертвецах, скелетах, убийствах, поджогах, называют себя «бандитом», приписывают себе различные пороки.

Патологическое фантазирование служит хорошей основой для появления и закрепления различных неадекватных страхов. Это могут быть, например, страхи меховых шапочек, тех или иных предметов и игрушек, лестниц, увядших цветов, незнакомых людей. Многие дети боятся ходить по улицам, опасаясь, например, что на них наедет машина, они испытывают неприязненное чувство, если им случается испачкать руки, раздражаются, если на их одежду попадает

вода. У них проявляются более выраженные, чем в норме, страхи темноты, боязнь остаться одним в квартире (В. М. Башина).

Некоторые дети излишне сентиментальны, часто плачут при просмотре некоторых мультфильмов.

Речь

У детей с РАС отмечается своеобразное отношение к речевой действительности и одновременно – своеобразие в становлении экспрессивной стороны речи.

Эти особенности восприятия и взаимодействия могут быть связаны с особенностями аутистического спектра и проявляться у детей с расстройствами аутистического спектра. Важно учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка и создавать для него подходящие условия обучения и воспитания.

Специалисты и родители могут помочь таким детям развивать навыки коммуникации, внимания и адаптироваться к окружающей среде. Раннее выявление и раннее вмешательство могут значительно повысить успешность обучения и адаптации ребенка с расстройствами аутистического спектра.

Развитие мышления у таких детей связано с преодолением огромных трудностей произвольного обучения, целенаправленного разрешения реально возникающих задач. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую. Такому ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это очень ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать игровые символы, выстраивать программу действий. Однако они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои возможности, с тем чтобы приспособиться к меняющемуся окружению, среде, обстановке.

Принято считать, что дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется.

При выполнении тестов на проверку интеллектуальных способностей, таких как тест Векслера, наблюдается выраженная диспропорция между уровнем вербального и невербального интеллекта в пользу последнего. Однако низкие уровни выполнения заданий, связанных с речевым опосредованием, в большинстве своем говорят о нежелании ребенка использовать речевое взаимодействие, а не о действительно низком уровне развития вербального интеллекта [19].

Двигательные особенности у детей с аутизмом могут проявляться в стереотипных движениях, трудностях с координацией и формированием предметных действий. Описанные вами проявления двигательных нарушений, такие как порывистая походка, импульсивный бег, нарушения ритма движений и прочее, являются характерными признаками для детей с расстройствами аутистического спектра.

Эти двигательные особенности могут создавать трудности в повседневной жизни и обучении ребенка. Поэтому для детей с аутизмом важно проводить спе-

циальные занятия по развитию двигательных навыков, учитывая их индивидуальные особенности. Особое внимание следует уделять развитию сенсомоторной координации и мелкой моторики, чтобы помочь детям справиться с проблемами в деятельности, требующей точных движений рук. Важно также внимательно наблюдать за реакцией ребенка на упражнения и действия с мячом, и адаптировать задания и подходы к обучению с учетом его потребностей.

Особенностью двигательных нарушений при детском аутизме является то, что они очень тесно связаны с сенсорными расстройствами, особенно с недостаточностью ощущений собственных движений [27].

Сенсорная депривация – существенный недостаток сенсорных стимулов, отсутствие их разнообразия, несоответствие стимулов возможностям ребенка и задачам развития.

Сенсорное развитие ребенка – это развитие и интеграция представлений о свойствах своего тела, ощущениях, поступающих как от внутренних органов, так и извне, при взаимодействии с предметами окружающего мира, формирование понимания боли или приятных ощущений, тепла и холода, разнообразных тактильных ощущений, вкуса, звука, цвета, ощущения пространства и впечатлений от собственной моторной активности и т. п.

Причинами сенсорного нарушения могут быть: недоношенность; травмы головного и спинного мозга; инфекционные заболевания матери во время беременности (краснуха, ветрянка, герпетическая инфекция); патологии во время беременности; родовые травмы.

Последствиями сенсорной депривации становятся повышенная тревога, нарушение контакта с внешней средой, неуклюжесть, нечувствительность к боли и плохое различение других сенсорных впечатлений (не чувствует, когда ему жарко или холодно, ходит в мокром, не замечая этого, не различает вкус еды, кроме «ярких вкусов», может ходить в тесной обуви, удариться и не заметить и т. п.), трудности ориентации во времени, нарушение внимания, гиперподвижность или мышечная вялость.

В качестве компенсации недостатка сенсорных впечатлений из-за плохой чувствительности к ним ребенок может либо искать сильные, а часто и опасные сенсорные стимулы, либо погружаться в фантазии и мечтания, не имеющие отношения к реальной жизни.

- невротические проявления (аутостимуляция: раскачивания, стереотипные движения, сосание пальца, нарушение сна и пищевого поведения, энурез, целый спектр психосоматических заболеваний);
- высокий уровень тревожности, страхи;
- импульсивность;
- задержка психоречевого развития.

Так, дети при нарушении обработки слуховой информации:

- боятся громких звуков;
- не переносят некоторых видов музыки (или музыку вообще), мамино пение, тембры голоса;

- часто закрывают уши руками или голову подушкой или напротив, часто не слышат, когда к ним обращаются;
- не любят шумного окружения, улицы;
- выглядят растерянными в таких местах, остаются в классе на перемене.

О нарушениях зрительной сенсорной системы можно говорить, когда ребенок не любит ходить по ступенькам, перешагивать препятствия, смотреть в глаза, предпочитает полумрак или темноту, капризничает при ярком свете, напрягается, рассматривая окружающих и предметы.

При нарушении тактильного восприятия:

- дети не любят играть с пластилином, песком, красками;
- боятся испачкаться клеем или грязью;
- избегают прикосновений к себе, сами не любят прикасаться ко многим предметам;
- резко реагируют на некоторые ткани из одежды, постельного белья, определенные конструкции одежды, например, водолазки, свитера с горлом, жалуются на ярлычки, торчащие внутри футболок нитки вышивки;
- не терпят ходьбы босиком;
- также отмечается снижение болевой и температурной чувствительности.

Моторные, вестибулярные дисфункции: при таких типах нарушений ребенок может отличаться неуклюжестью, неловкостью движений, избегать спортивных площадок, горок, игр с мячом, никак не осваивает катание на велосипеде, не залезает по перекладинам, плохо прыгает, опасно рискует в подвижных играх, пробует разные типы движений и пытается держаться, хвататься за все, так как чувствует себя неустойчиво.

И основное отличие детей с подобными нарушениями – это сложность концентрации внимания, особенно если окружающая среда насыщена теми раздражителями, к которым они особенно чувствительны. Дети склонны сменять игры, интересы, вид активности очень и очень быстро, в то же время отличаются тревожностью, присутствуют аффекты – избыточные эмоциональные реакции (резкие капризы, истерики, плач, частый смех, агрессивное поведение и т. п.).

Задерживать моторное и психическое развитие ребенка может наличие активных примитивных рефлексов:

1. Рефлекс паралича при страхе: повышенная тревожность, восприятие окружающей среды как агрессивной, быстрая истощаемость, сложности адаптации к новым условиям, эмоциональные перепады, страх громких звуков / яркого света / прикосновений, протестное поведение, навязчивые симптомы, вспышки ярости, агрессии, с трудом дается смотреть в глаза и т. д.
2. Рефлекс Моро: гиперчувствительность к свету, к звукам, к прикосновениям, сложность при произнесении глубоких звуков, заикание и т. д.
3. Лабиринтный тонический рефлекс: укачивание в транспорте, сложно закрутить «лампочку», трудности с подниманием или опусканием головы, увеличение физиологических изгибов позвоночника в сагиттальной

плоскости, нарушение зрительно-моторной координации, ходьба на носочках и т. д.

4. Рефлекс Ландау: неуклюжесть, затруднено взаимодействие между верхней и нижней частями туловища и т. д.
5. Рефлекс Амфибии: нарушение реципрокного движения, не способен согласовывать движения, некоординированно ходит, прыгает и бежит и т. д.
6. Симметричный шейный тонический рефлекс: нарушение развития правильной осанки тела, трудно сидеть за столом, слабость рук, трудности с устойчивой концентрацией внимания, недостаточная координация рука-глаз, плохое восприятие пространства, глубины, неспособность занять удобное положение тела, W-поза сидя и т. д.
7. Асимметричный шейный тонический рефлекс: сложность управления велосипедом, нарушение или задержка чтения и письма, проблемы с математикой, сильное давление при письме и так далее.
8. Спинальный рефлекс Галанта: паретичность мышц нижних конечностей, неуклюжесть, подвижность, гиперактивность, энурез, дискомфорт от облегающей одежды, ремней, соприкосновение спины со стулом доставляет неприятные ощущения и так далее.
9. Ладонный рефлекс, хватательный рефлекс, рефлекс вытянутых рук: проблемы с мелкой моторикой, дизартрия, проблема с завязыванием шнурков и так далее.

Особенностью двигательного развития детей с РАС является нарушение общей системы движений, составляющих основу жизнедеятельности и двигательной активности:

- нарушение траектории общего физического развития, выраженное в диспропорции телосложения, возможна деформация стоп и позвоночника, ослабленном мышечном корсете, вегетососудистой дистонии;
- нарушение системы координационных возможностей, проявляющееся в замедленной реакции, отсутствии плавности движений, нарушении их темпа и ритма, согласованности микро- и макромоторики, дифференцировки приложения усилий, нарушение ориентировки в пространстве, неразвитость вестибулярного аппарата, неумение расслабляться;
- снижение уровня жизненно необходимых физических способностей (силовых, скоростных, выносливости, гибкости);
- снижение двигательной активности;
- нарушение локомоторной деятельности при ходьбе, беге, лазании, ползании, прыжках, метании мяча.

Среди соматических нарушений чаще встречается гипермобильность (рекурвация) суставов (преимущественно локтевых), миотонический синдром, нарушение осанки, плоскостопная установка стоп, слабость дыхательной мускулатуры. В этой связи необходим комплексный и системный подход к физической подготовке детей с расстройствами аутистического спектра.

4. Современные подходы к коррекционной работе детей с расстройством аутистического спектра

АВА-терапия (applied behavior analysis, прикладной анализ поведения) – комплекс техник, направленных на коррекцию поведения ребенка и приобретение навыков самообслуживания и нахождения в социуме. Применяя систему поощрений, ребенка с аутизмом обучают бытовым и коммуникационным навыкам. В качестве поощрения используется вкусная еда, похвала, жетоны. Каждое простое действие разучивается отдельно, затем они объединяются в последовательность. Например, вначале ребенку дается простое задание (например, «подними руку»), сразу же дается подсказка (специалист поднимает руку ребенка), затем ребенка поощряют. Спустя несколько таких попыток ребенок уже совершает действие без подсказки, ожидая вознаграждение. Постепенно задания усложняются, даются в произвольном порядке, в разных ситуациях, разными людьми, членами семьи для закрепления навыка. В какой-то момент ребенок начинает самостоятельно понимать и выполнять новые задания.

Аналогично тренируются навыки игры, конструктивной деятельности, обучения, а также корректируется нежелательное поведение. Эффективность прикладного анализа поведения была подтверждена научными исследованиями. Чем раньше будет начато использование метода (желательно с 3-4 лет), чем интенсивнее будут проводиться занятия (минимум 20-40 часов в неделю при общей длительности от 1000 часов) и чем активнее будет включаться метод в повседневную жизнь ребенка (его использование родителями дома и на прогулке, учителями в школе, воспитателями в детском саду), тем эффективнее он будет работать [32], появляется спонтанная речь.

На методах АВА-терапии построена Денверская модель – комплексный подход для детей с РАС от 3 до 5 лет, обучающий ребенка всем необходимым навыкам для данного возраста, что позволяет впоследствии значительно повысить его адаптационные способности.

PECS (Picture Exchange Communication System) – система альтернативной коммуникации с помощью карточек с изображениями. На карточках изображены предметы или действия, с которыми ребенок может обратиться к взрослому для получения желаемого. Обучение по этой методике проводится с использованием тактик АВА-терапии. И хотя она не учит устной речи напрямую, у некоторых детей с аутизмом, занимавшихся по этой программе, появляется спонтанная речь.

Адаптивная физическая культура детей с расстройством аутистического спектра. При построении занятий с детьми с РАС необходимо осуществлять индивидуальный подбор физических упражнений с учетом состояния здоровья и физического развития, а также наличия коммуникативных, сенсорных и эмоционально-волевых нарушений.

Основные направления методики физической подготовки коррекционно-оздоровительной направленности детей с РАС:

1. Развитие координации движений:

- развитие согласованности движений отдельных звеньев тела: ползание на четвереньках; лазание по скалодрому, по лестнице; прыжки на батуте с выполнением заданий; ходьба с выполнением движений руками; упражнения с предметами, выполнение упражнений на подвижной поверхности и т. д.;
- развитие зрительно-пространственной ориентации, ориентировки в пространстве: преодоление полосы препятствий с обеганием предметов, проползанием по туннелю, перешагиванием через препятствия, перепрыгиванием и вращением вокруг своей оси; выполнение упражнений из необычных исходных положений и т. д.;
- развитие статического и динамического равновесия: упражнения с закрытыми глазами на сохранение равновесия; стойка на носках – руки вниз, вперед, вверх; стойка поочередно на одной ноге; раскачивание на качели «ковер-самолет», раскачивание на качели «бревно» вперед-назад, вправо – влево, по часовой и против часовой стрелки; повороты, наклоны, вращения на ограниченной, возвышенной или подвижной поверхности, выполнение упражнений стоя на «bosu» и т. д.;
- формирование быстроты реагирования на изменяющиеся внешние условия и точности движений: повторение движений за педагогом в быстром темпе; упражнения на реагирующую способность (звук, хлопок), бросок мяча в цель и т. д.;
- обучение дифференцировке мышечных усилий: зашагивание, запрыгивание на степ платформы разной высоты (10 см, 20 см, 30 см) и т. д.

2. Развитие силы и выносливости:

- развитие силы кисти: сжатие кисти в кулак; надавливание кистью на мягкий предмет (мяч); сжатие кистью мячей (эспандеров) разного диаметра – одной рукой, двумя руками и т. д.;
- улучшение силовой выносливости мышц спины, брюшного пресса: партерная гимнастика; упражнения для мышц брюшного пресса; упражнения с сопротивлением; упражнения с отягощением веса собственного тела; динамические пассивные упражнения с дополнительной опорой, с помощью партнера, с отягощением, на тренажерах;
- улучшение силовой выносливости мышц верхних и нижних конечностей: упражнения на скалодроме; сгибание-разгибание рук в упоре лежа, с колен, на гимнастической скамейке; приседания; выпады вправо- влево, вперед-назад; упражнения с набивным мячом.
- улучшение общей выносливости: переменный бег 15 мин.; эстафета 10-15 мин.

3. Развитие гибкости:

- развитие подвижности в суставах: упражнения на растягивание с использованием мягких модулей, йога в гамаках, маховые упражнения и т. д.;

- обучение дифференцировке частоты движений: бег на месте с высоким подниманием бедра, с захлестыванием голени, быстро – медленно и т. д.;
- развитие быстроты реакции, быстроты выполнения последовательных двигательных действий в целом.

4. Коррекция и развитие основных видов движений:

- формирование навыка лазания, ползания, перелезания, подлезания: упражнения с использованием мягких модулей, тоннеля и т. д.;
- формирования навыка броска, ловли мяча, метания: отбивание мяча от пола (сначала большого диаметра, затем меньше), бросок утяжеленного мяча из-за головы двумя руками, бросок мяча снизу, бросок мяча в цель (обруч) одной рукой с расстояния 3-5 м и т. д.;
- формирование навыка прыжка: спрыгивание с высоты 30-40 см; выпрыгивание из глубокого приседа; прыжки вправо, влево, вперед, назад; прыжки на одной ноге; перепрыгивание через препятствия на одной ноге, на двух ногах; запрыгивание на платформу, высотой 20-30 см и т. д.

5. Коррекция и профилактика соматических нарушений:

- коррекция и профилактика нарушения осанки, сколиоза, плоскостопия, вальгусной, варусной установки стоп, рекурвации локтевого сустава, нормализация мышечного тонуса: симметричные, ассиметричные упражнения для формирования мышечного корсета;
- деторсионные упражнения;
- использование массажных дорожек для укрепления подошвенных мышц;
- чередование напряжения и расслабления мышц;
- футбол-гимнастика, выполнение упражнений на «bosu» и т. д.;
- улучшение функционального состояния дыхательной и сердечно-сосудистой системы: звуковая гимнастика; выдох в трубочку в воду; обучение брюшному дыханию; надувание шариков, бег с ускорением на короткие дистанции (10-20 м), переменный бег (10-15 мин) по пересеченной местности; плавание одними ногами (с опорой руками на плавательную доску), одними руками (зажимая ногами плавательную доску), с гидротормозом.

6. Развитие сенсорных систем:

- формирование одновременных реципрокных сенсомоторных взаимодействий, ощущения границ своего тела и его положение в пространстве, улучшение проприоцептивного восприятия: упражнения с использованием «тяжелого одеяла»;
- выполнение упражнений на «bosu» и т. д.;
- развитие тактильных ощущений, кожно-кинестических восприятий, формирование мышечно – суставного чувства, мимическая гимнастика;

- развитие мелкой моторики: пальчиковая гимнастика, работа в бассейне с фасолью, горохом, упражнения на тактильной платформе, упражнения на «бизиборде»;
- обучение дифференцировке зрительных и слуховых сигналов: упражнения на реагирующую способность (сигналы разной модальности на слуховой аппарат, цветовые воздействия на зрительный аппарат).

При проведении занятий у детей с РАС необходимо использовать зрительные ориентиры (зеркальное выполнение, использование картинок с изображением упражнений, обозначение границ). Количество повторений может быть предложено для выбора ребенку (например, 10 или 15 повторений). Для расширения кругозора счет при выполнении упражнений можно вести единицами, сотнями, тысячами и т. д. (одна тысяча, две тысячи, три тысячи и т. д.). Инструкции не должны быть многословны и подаются ребенку четко, конкретно.

При рекурвации локтевого сустава не допускать переразгибания сустава в упражнениях с опорой на руки.

Для снятия мышечного и психического напряжения при выполнении упражнений у детей с РАС необходимо применять приемы сенсорной разгрузки (катание с горки, качание на качели, упражнения в гамаке и др.). По мере освоения упражнения сокращается время на разгрузку и увеличивается на задание.

Индивидуальный метод проведения занятий, чередуемый с групповым методом, позволяют более эффективно целенаправленно воздействовать на область нарушенных в результате заболевания функций, становлению и закреплению двигательных навыков и способствуют адаптации ребенка в социуме.

Методика физической подготовки для детей с аутизмом должна быть максимально индивидуализирована в зависимости от двигательных возможностей ребенка. Важно, чтобы двигательные умения включались в повседневную жизнь и практическую деятельность ребенка, постоянно развивались и постепенно становились автоматизированными навыками. Для детей данной нозологической группы важно не только количественно увеличить двигательную активность, но и качественно разнообразить их физическую подготовку, за счет приобретения новых движений. Формирование новых видов движений у детей с РАС осуществлять постепенно, чаще всего используя метод изучения упражнений по частям путем многократного повторения.

Заключение

Семья является первичным институтом социализации для ребенка. Именно в процессе внутрисемейного взаимодействия формируются ценностные ориентации личности родителей, являющиеся отправной точкой в становлении и развитии ребенка, его выборе дальнейшего самостоятельного жизненного пути и возможностях социализации.

Родительское отношение к детям является первым основным примером и образцом взаимодействий в социуме. В случае негативного, неблагоприятного взаимодействия внутри семьи у ребенка формируются и закрепляются неуспешные модели социально-психологических отношений в социуме. Особенно остро это проявляется в семьях, воспитывающих детей с задержкой психического развития (ЗПР).

Рождение ребенка с нарушениями в развитии всегда является стрессом для семьи. После того, как ребенку поставлен диагноз, перед семьей встают вопросы: «Что будет дальше? Как себя вести с ребенком? Сможет ли ребенок адаптироваться и учиться в школе?»

Проблема воспитания и развития ребенка с РАС чаще всего становится причиной глубокой и продолжительной социальной, эмоциональной, моральной и психологической дезадаптации всей семьи. Родителям таких детей приходится особым образом организовывать жизнь семьи. Многочисленными исследованиями выявлено, что родители данной категории детей испытывают эмоциональное напряжение, тревогу, чувство вины, обиды, они находятся в хроническом стрессовом состоянии, испытывают трудности семейного взаимодействия и т. д.

Семьи с детьми с РАС нуждаются в психолого-педагогической поддержки специалистов: психологов, педагогов, а также в доброжелательном отношении окружающих. Важным является осведомленность общества о существующих в этих семьях проблемах, расширение контактов между детьми с проблемами в развитии и здоровыми.

Во многих странах существуют общества родителей детей с проблемами в развитии, общественные фонды для помощи таким ребятам. Тем не менее, психологическая и педагогическая компетентность самих родителей позволяет вовремя принимать эффективные решения по воспитанию, обучению, взаимодействию с детьми с РАС и их дальнейшей социализации. Своевременное обращение родителей к специалистам, занимающимся воспитанием, обучением, а также использование современных методов лечения и коррекции, развития детей с РАС делает социализацию и интеграцию этих детей в обществе более быстрой, легкой и более комфортной.

Расстройство аутистического спектра – это не приговор! Своевременная комплексная, системная психолого-педагогическая поддержка специалистов и активная включенность родителей позволит улучшить развитие и состояние ребенка.

Список литературы

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 17.02.2023) «Об образовании в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства просвещения РФ от 24.11.2022 г. № 1026 «Об утверждении федеральной адаптированной основной общеобразовательной программы обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».
3. Приказ Министерства просвещения РФ от 24.11.2022 № 1023 «Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы начального общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».
4. Приказ Министерства просвещения РФ от 24.11.2022 № 1022 «Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».
5. Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».
6. Приказ Минобрнауки России от 19.12.2014 № 1599 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».
7. Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии».
8. Распоряжение Минпросвещения России от 09.09.2019 № Р-93 «Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации».
9. Письмо Минпросвещения России от 20.02.2019 № ТС-551/07 «О сопровождении образования обучающихся с ОВЗ и инвалидностью».
10. Письмо Минобрнауки России от 07.06.2013 № ИР-535/07 «О коррекционном и инклюзивном образовании детей».
11. Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей Минобрнауки России от 20.02.2017 № 07-818 «О направлении методических рекомендаций по вопросам организации образования в рамках внедрения ФГОС ОВЗ».
12. Письмо Минобрнауки России от 18.04.2008 № АФ-150/06 «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами».
13. Примерное положение об оказании логопедической помощи в организациях, осуществляющих образовательную деятельность. Утверждено распоряжением Министерства просвещения РФ от 06.08.2020 г. № Р-75
14. Об организации работы по СИПР. Письмо Министерства образования и науки РФ от 15.03.2018 № ТС-72/07

15. Алфеева Е. В. Экспериментальное изучение эффективности модели психолого-педагогической поддержки родителей / Е. В. Алфеева, С. И. Никитина // Педагогическое мастерство: материалы IX Междунар. науч. конф. – Москва: Буки-Веди, 2016. – С. 85–88.
16. Алмазов Б. Н. Психологические основы педагогической реабилитации: учеб. пособие для студ. вузов, обучающихся по специальности «Соц. педагогика» / Б. Н. Алмазов. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2008. – 285 с.
17. Андриенко О. А., Ханина М. А. К вопросу о психолого-педагогической поддержке семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2017. Т. 6. № 4 (21). С. 2226.
18. Астапов В. М. Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития / Ю. В. Микадзе. Санкт-Петербург 2002. ISBN: отсутствует. Текст: непосредственный.
19. Башина М. К. особенностям коррекции речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом / В. М. Башина, – Москва: Научный Центр Психического Здоровья РАМН, 2000. 235 с. ISBN: отсутствует. Текст непосредственный.
20. Бенилова С. Ю. Коррекция эмоционально-поведенческих расстройств у детей с нарушениями развития / С. Ю. Бенилова, Л. Р. Давидович // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2007. – № 1. – С. 68–72.
21. Билялова Н. А. Обеспечение психолого-педагогической поддержки семей и повышения компетентности родителей (законных представителей), имеющих детей с ОВЗ в возрасте от 1,5 до 7 лет [Электронный ресурс] / Н. А. Билялова, Н. В. Молоканова, Е. А. Просвинова. – Текст : непосредственный // Молодой ученый. – 2017. – № 47.1 (181.1). – С. 12–17. – Режим доступа: URL: <https://moluch.ru/archive/181/46658/> (дата обращения: 10.09.2024).
22. Газман О. С. Неклассическое воспитание. От авторитетной педагогики к педагогике свободы. – М., 2003.
23. Григоренко Е. Л. Расстройства аутистического спектра. Вводный курс. Учебное пособие для студентов: Практика, Санкт-Петербургский государственный университет – Санкт – Петербург: Издательство Фонд содействия решению проблем аутизма «Выход» 2018. 280 с. ISBN 978-5-89816-163-7. Текст: непосредственный.
24. Гришина К. А. Особенности психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ОВЗ, в условиях ДОУ [Электронный ресурс] / К. А. Гришина // Инновационная наука 5 / 2020. – С. 142–144. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihologo-pedagogicheskogo-soprovozhdeniya-semey-vospityvayuschih-detey-s-ovz-v-usloviyah-dou/viewer> (дата обращения 03.12.2025).
25. Делани Т. Развитие основных навыков у детей с аутизмом. Эффективная методика игровых занятий с особыми детьми. / Т. Делани. – Москва: Рама Паблишинг, 2014. – 272 с. ISBN: 978-591743-047-8.

26. Кашинская О. В. Комплексное сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, в условиях инклюзивной образовательной организации [Электронный ресурс] / О. В. Кашинская // Вестник науки и образования – № 5(29). Том 2. – 2017. С. 96–100. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnoe-soprovozhdenie-semey-vospityvayuschih-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-i-invalidnostyu-v-usloviyah> (дата обращения 03.12.2025).
27. Ковальчук С. А. Адаптивная физическая культура в работе с детьми с расстройством аутистического спектра: монография/ С. А.Ковальчук, Н. Н.Столбовская, – Ростов-на-Дону: ГБУ ДПО РО РИПК и ППРО, 2021 – 128 с. ISBN: 978-5-94051-154-2. Текст: непосредственный.
28. Корж М. А. Рылеева Е. А. Психолого-педагогическое сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в условиях образовательных учреждений. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://www.prodlenka.org/metodicheskie-razrabotki/214063-psihologo-pedagogicheskoe-soprovozhdenie-dete> (дата обращения: 03.12.2025).
29. Лиф Р. Идет работа. Стратегии работы с поведением. Учебный план интенсивной поведенческой терапии при аутизме. / Р. Лиф, Д. Макэкен. – Москва: ИП Толкачев, 2016. – 608 с. ISBN: 978-5-9907565-0-2. Текст непосредственный.
30. Методические рекомендации по созданию специальных образовательных условий для получения образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, имеющих нарушение слуха / авт.-сост. В. С. Городицкая И. А. Журавлева, И. В. Королева, Г. Ш. Туфатулин ; автономное учреждение дополнительного профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Институт развития образования». – Ханты-Мансийск: Институт развития образования, 2022. – 40 с.
31. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В. И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
32. Мелешкевич О. В. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения. / О.В. Мелешкевич, Ю. Эрц, – Москва: Бахрах-Москва, 2014. – 208 с. ISBN: 978-5-94648-109-0. Текст: непосредственный.
33. Михайлова Н. Н., Юсфин С. М. Педагогика поддержки. М., 2002.
34. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство. / Х. Ремшмидт. – Москва: Авторская академия, 2012. – 264 с. ISBN 978-5-91902-026-4. Текст: непосредственный.
35. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию. Педагогам-дефектологам. / Т. Питерс. – Москва: Владос, 2002. – 240 с. ISBN: отсутствует. Текст: непосредственный.

36. Репина А. И. Развитие моторных функций у детей с расстройством аутистического спектра/Адаптивная физическая культура и спорт, № 11. 2021 С. 62–65. <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitiye-motornyh-funktsiy-u-detey-s-rasstroystvom-autisticheskogo-spektra/viewer> (дата обращения: 03.12.2025).
37. Толковый словарь живого великорусского языка / В. И. Даль. – М.: Олма-Пресс, 2004. – 700 с. – ISBN 5–224–04281-X).

ГАОУ ДПО СО "ИРО"

Примерный комплекс упражнений для развития физических способностей детей 7-8 лет с расстройством аутистического спектра

Занятие всегда начинается с разминки. В нее можно включить следующие упражнения:

- наклоны головы в стороны (при этом для привлечения внимания можно говорить «тик-так», как часики);
- наклоны головы вперед-назад;
- круговые вращения руками вперед-назад;
- круговые вращения туловищем;
- наклоны вперед-назад, в стороны;
- ходьба приставными шагами, прыжки, бег, ходьба с восстановлением дыхания.

Методические указания. Выполняется комплекс общеразвивающих и специальных упражнений, отрабатываются движения руками и ногами, необходимые в обучении различным движениям, а также упражнения для согласования движений с дыханием. Ребенка необходимо постепенно приучать к нагрузкам, периодически чередуя их с играми. Обычные упражнения желательно чередовать с различными ритмичными движениями. Важно наглядно показывать ребенку задания и выполнять их вместе с ним.

Нагрузка дозируется в зависимости от желания ребенка выполнять данное упражнение. Чтобы удерживать внимание занимающегося, необходимо добавлять в занятия что-то новое и интересное, к примеру, постепенно переходить к передвижению по более длинным дистанциям с изменением направления движения: по кругу, по диагонали, зигзагообразно, через тоннель и др.

Педагогу необходимо формулировать задания таким образом, чтобы они побуждали ребенка к самостоятельному действию, к примеру: «Сделай как я», «Прыгни выше меня» и другие.

При объяснении упражнения нужно фиксировать внимание на той части тела, которая в данный момент совершает движения. Умение осознавать двигательные действия является признаком успешного развития их восприятия и навыков воспроизведения.

Общеразвивающие упражнения выполняются ребенком вследствие подражания педагогу в зависимости от развития ребенка. В случае, когда ребенок не может самостоятельно выполнить комплекс упражнений, на помощь приходят тьютор.

1. Упражнения без предметов. Повороты головы в стороны, наклоны вперед-назад; движения руками вперед – в стороны – вверх – к плечам – на пояс; сжатие пальцев в кулаки (вдох), разжимание (выдох). Выполнять 5 раз. Руки на пояс – притоптывание правой, левой ногой поочередно.

2. Упражнения с предметами.

А. Упражнения с гимнастической палкой.

И.п. – ноги на ширине плеч, палка перед собой на уровне груди. Повороты туловища вправо-влево, наклон к правой, к левой, вперед-назад, потянуться вверх (к солнцу).

И.п. – основная стойка сбоку от палки, руки на пояс. Прыжки через палку с чередованием приставных шагов.

Б. Упражнения с мячом.

И.п. – сидя на полу, катание мяча партнеру.

И.п. – сидя на полу или скамейке, толкание мяча от груди, бег за мячом.

И.п. – стоя, руки перед собой, ловля мяча.

В. Упражнения с обручем.

3. Упражнения с использованием спортивного инвентаря: ходьба по тактильным дискам, игольчатой полусфере, прохождение полосы препятствий с использованием туннеля.

Игры с мячом: кидать мяч (партнеру, в корзину, в обруч, вверх, об пол, в мишень), ловить мяч, перекидывать мяч партнеру (при этом эмоционально сопровождать броски словами «бах», «бум», «кидай», «лови») и т. д.

Удержание равновесия на балансирах, различные упражнения на гимнастической скамейке, лазание по шведской стенке, различные упражнения на фитболе и др.

4. Подвижные игры. Для детей с РАС применяются более простые подвижные игры. Наиболее широко используются следующие подвижные игры: «Солнышко и дождик», «Найди игрушку», «Мы веселые ребята», «Прокати мяч в ворота», «Курочки и петушки», «Брось дальше», «Проползи в тоннель», «Птички в гнездышках» и многие другие. Большое внимание уделялось координации движений. Основными заданиями на координацию были: ходьба по дорожке, выложенной из каната (30-35 см); бег; ползание; лазание; перелезание.

Комплекс упражнений на полусфере

1. И.п. – полуприсед на полусфере, руки на пояс. 5 сек.
2. И.п. – о.с. правая на полусфере, левая на полу, руки на пояс. 10 сек.
3. И.п. – о.с. левая на полусфере, правая на полу, руки на пояс. 10 сек.
4. И.п. – о.с. выпад на правую, левая на полу, руки на пояс. 10 сек.
5. И.п. – о.с. выпад на левую, правая на полу, руки на пояс. 10 сек.
6. И.п. – о.с. на полусфере, руки вниз. 10 сек.
7. И.п. – о.с. приседания, руки на пояс. 5 раз.

Занятия на балансировочной доске

1. Ребенок встает на балансировочную доску для мозжечковой стимуляции, перед ним, на уровне груди, подвешивается мягкий мяч, диаметром 10 сантиметров. Ребенку в руки дается специальная планка окрашенная в разные цвета, которая держится двумя руками в горизонтальном положении. Задача: отбивать мяч планкой сначала отделением, окрашенным в белый цвет, затем отделениями красных цветов, затем желтых. Задачу можно усложнить, сочетая разные цвета.

2. Ребенок встает на балансировочную доску, ему в руки дается мягкий мяч, диаметром 10 сантиметров, или мешочек с фасолью весом 500 грамм. Задача попасть мячом в цель, не потеряв равновесия. Целью может служить коробка или расчерченная по отделам доска, во втором случае задача усложняется попадаяем в конкретную цель.
3. Ребенок встает на балансировочную доску. На голову ребенку кладется мешочек с фасолью, весом 500 грамм. Задача: удержать равновесие, при воздействии внешних факторов. Внешними факторами служат: тканевые шарики, набитые фасолью, весом около 100 граммов, а так же смещение угла балансировочной платформы, путем механического давления на нее.

Занятия по длительности занимают от 5 до 15 минут.

ГАОУ ДПО СО "ИРО"

Приложение 2

Таблица 1

Средства коррекции и развития координационных способностей
с помощью скоростно-силовых упражнений

№ п/п	Упражнения	Коррекционная направленность
ПРЫЖКИ		
1.	Прыжки через предметы, расположенные на одинаковом и разном расстоянии	Дифференцировка расстояния и усилий, глазомер, чувство ритмика
2.	Многоскоки (различные)	Согласования движения рук и ног, чувства ритма, координация движений
3.	Прыжки на одной ноге (левой, правой)	Динамическое равновесие, согласованность движений рук и ног
4.	Прыжки на двух ногах на подкидном мосту (батуте)	Преодоление чувства страха, дифференциация динамических и пространственных параметров, чувство ритма
5.	Прыжки на автомобильной крышке	Преодоление чувства страха, дифференциация динамических и пространственных параметров, чувство ритма
6.	Прыжок в длину с места на максимальный результат и на заданное расстояние	Координация движений, дифференцирование пространственных и динамических усилий
7.	То же с подкидного моста	Преодоление чувства страха, дифференцирование пространственных и временных параметров
8.	Прыжок в длину с разбега на максимальный результат и на заданное расстояние	Координация движений, согласование движения рук и ног, усвоение темпа и ритма
9.	То же с подкидного моста	Преодоление чувства страха, дифференцирование пространственных и ритмических параметров
10.	Прыжок вверх с места с доставанием подвешенного предмета	Дифференцирование мышечных усилий, пространства, глазомер
11.	То же с подкидного моста	Преодоление чувства страха, дифференцирование пространства и усилий
12.	Прыжок в высоту с разбега	Согласование движения рук и ног, дифференцирование мышечных усилий, координация движений
13.	То же с подкидного моста	Преодоление чувства страха, пространственная ориентация, координация движения
14.	Спрыгивание со скамейки, куба (10-30 см) с приземлением в указанное место (при соблюдении техники безопасности)	Дифференцирование мышечных усилий, пространственных параметров движения

15.	Впрыгивание на гимнастические маты (высота 15-45 см)	Согласование движения рук и ног, дифференцирование мышечных усилий и пространственных параметров
16.	Прыжки с короткой и длинной скакалкой (различные)	Динамическое равновесие, согласование движения рук и ног, чувство ритма
17.	Прыжок вверх с поворотом на заданное расстояние	Дифференцирование мышечных усилий, пространственных параметров, динамическое равновесие
БЕГ		
1.	Бег на 5 м, 10 м	Координация движения, согласование движения рук и ног
2.	Бег по разметке (10 м)	Усвоение темпа и ритма, динамическое равновесие, дифференциация пространственных и динамических параметров
3.	Бег через кирпичики (высота 5-15 см)	Преодоление чувства страха, дифференцирование расстояния, ритма
4.	Бег с изменением направления по сигналу	Концентрация внимания, развитие слухового восприятия, дифференцирование пространственных параметров
5.	Бег по кругу (вправо-влево) с изменением диаметра круга	Дифференцирование мышечных усилий, динамическое равновесие, согласование движения рук и ног
6.	Бег из различных исходных положений (присед, сед, сед спиной к направлению движения, лежа)	Координация движения, концентрация внимания, развитие слухового восприятия
7.	Бег по сигналу, догоняя партнера	Концентрация внимания, развитие слухового восприятия, пространственное дифференцирование
8.	Челночный бег 3х5 м	Ориентировка в пространстве, концентрация внимания
9.	То же спиной вперед	Концентрация внимания, пространственная ориентировка, согласование движения рук и ног
МЕТАНИЕ		
1.	Метание мешочка (200 г) на дальность (правой и левой рукой)	Дифференцирование пространственных и мышечных усилий, координация движения
2.	Метание мешочка в горизонтальную и вертикальную цель	Дифференцирование динамических параметров, мышечных усилий
3.	Метание мешочка сверху, снизу, сбоку	Координация движений, дифференцирование пространственных параметров
4.	Метание различных по весу и диаметру снарядов на дальность и в цель	Дифференцирование динамических усилий, координация движения

Таблица 2

Комплекс прыжковых упражнений для развития скоростно-силовых качеств

№ п/п	Содержание	Кол-во подходов	Количество повторений в одном подходе		
			4-5 лет	5-6 лет	6-7 лет
1.	Прыжки на двух ногах через поролоновые кубики	2-3	4-6	6-8	8-10
2.	Прыжки боком (правым, левым) на двух ногах через поролоновые кирпичики	1-2		6-8	8-10
3.	Прыжки на правой, левой ноге	1-2		4-6	6-8
4.	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные по два	2-3	2-3	3-4	4-5
5.	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные по три	2-3		3-4	4-5
6.	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные по четыре	1-2		1-2	1-2
7.	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные друг на друга по два	2-3	2-3	3-4	4-5
8.	Прыжки на двух ногах через кирпичики, составленные друг на друга по три	1-2		2-3	3-4
9.	Подскоки на двух ногах на автомобильных шинах	2-3	5-6	6-8	8-10

Таблица 3

Комплекс упражнений для развития скоростно-силовых качеств круговым методом для детей 6-7 лет

Содержание	Дозировка	Время отдыха между станциями
Станция 1. Бег на прямых ногах 10 м	1 раз	15-20 с
Станция 2. Выпрыгивание из полуприседа, сопровождая взмахом рук вверх	6-8 раз	20-25 с
Станция 3. Поднимание прямых ног вверх, лежа на спине, руками держаться за нижнюю перекладину гимнастической лестницы	8-10 раз	25-30 с
Станция 4. Лазание по гимнастической лестнице вверх-вниз разноименным способом, руки согнуты	1 раз	20-25 с
Станция 5. Махи правой (левой) ногой вперед до уровня пояса, стоя боком к месту опоры	8-10 раз	15-20 с

Станция 6. Прыжки через гимнастическую скамейку, стоя боком и продвигаясь вперед по всей длине	4-8 прыжков	25-30 с
Станция 7. Лежа на животе, руки впереди прямые, поднятие набивного мяча вверх	6-8 раз	35-50 с

Таблица 4

Комплекс упражнений для коррекции и развития равновесия

№ п/п	Содержание	Кол-во подходов	Кол-во повторений	
			4-5 лет	6-7 лет
1.	Стойка на носках, руки внизу	3	10 с	15 с
2.	Стойка на правой (левой) ноге, руки внизу	4	10 с	15 с
3.	Ходьба с мешочком на голове, по дорожке шириной 15-25 см	3	2-3 м	3-5 м
4.	Ходьба с перешагиванием реек гимнастической лестницы, лежащей на полу	3	2 м	3 м
5.	Ходьба по наклонной доске вверх и вниз	3	3-4 м	до 5 м
6.	Прыжки на двух ногах по наклонной доске вверх	3	2-3 м	3 м
7.	Бег вверх-вниз по наклонной доске или гимнастической скамейке	3	3-4 м	4-5 м
8.	Ходьба по лестнице из разновысоких кубиков	3	8-10 раз	10-12 раз
9.	Балансировка на набивных мячах (3 кг)	3-5	10-15 с	до 30 с
10.	Ходьба по канату (на полу) вдоль и приставными шагами поперек, руки в стороны	1-2	2-3 м	4-5 м

Таблица 5

Комплекс упражнений для коррекции вестибулярной функции

№ п/п	Содержание	Кол-во подходов	Кол-во повторений в одном подходе	
			4-5 лет	6-7 лет
1.	Ходьба и бег с остановками по сигнал		1,5 – 2 мин	2 мин
2.	«Челночный» бег	3-5	8 м	10 м
3.	Подскоки с остановкой по сигналу		1,5 – 2 мин	2 мин
4.	Подскоки вперед с остановкой и движением в противоположную сторону		1,5 – 2 мин	2 мин
5.	Кувырки вперед с открытыми глазами	3	4	5
6.	Кувырки вперед с закрытыми глазами	3	4	5
7.	Кувырки с последующей ходьбой по линии	3	4	5

8.	Кувырки с последующей ходьбой боком, спиной вперед по гимнастическому бревну, линии	1-2	4	5
9.	Пережат со спины на живот «бревнышко», глаза открыты	2	4-5 м	5-6 м
10.	То же, глаза закрыты	2	4-5 м	5-6 м
11.	«Бревнышко» с последующей ходьбой по линии (бревну, гимнастической скамейке)	2	4-5 м	5-6 м
12.	Прыжки со скакалкой с изменением темпа	3	10-15 с	15-30 с

Развитие мелкой моторики

Под понятием «мелкая моторика» подразумевают движения мелких мышц кистей рук.

Движения пальцев и кисти руки развиваются у ребенка постепенно в течение всего дошкольного периода:

5,5 – 6,5 мес – начинает брать предметы,

6,5 – 7,5 мес – вращение кистью с игрушками.

К 11 мес совершенствование кистевого и пальцевого праксиса.

1 г – 1,5 г – попытки рисовать «как попало».

1,5 – 2 г – появляется тонкая моторика, ребенок опускает предметы в маленькие отверстия.

В 3 г появляются двигательные автоматизмы (пытается резать бумагу).

3 – 4г – режет бумагу, рисует. Происходит латерализация (определение ведущей руки).

В 5 – 6 лет появляется способность обводить клетки.

6 – 7 лет – готовность к развитию графо-моторных навыков.

Поэтому работу по развитию мелкой моторики рук ребенка следует начинать с самого раннего возраста. Уже грудному младенцу можно делать пальчиковую гимнастику – массировать пальчики. Тем самым воздействуя на связанные с корой головного мозга активные точки. Моторные центры речи в коре головного мозга человека находятся рядом с моторными центрами пальцев, поэтому, развивая речь и стимулируя моторику пальцев, передаются импульсы в речевые центры, что и активизирует речь.

Тренируя пальцы, оказывается мощное воздействие на работоспособность коры головного мозга, что в дальнейшем сказывается на подготовке руки к письму.

Игры с мелкими предметами (палочками, песком, нитками, крупой, бусинками, пуговицами, орехами, мелкими камешками, «Почтовый ящик»). Во время проведения игр с предметами особенно хорошо развивается мелкая моторика, укрепляется мускулатура пальцев, вырабатываются тонкие движения руки и пальцев, то есть развивается ручная умелость. Эти игры оказывают прекрасное тонизирующее и оздоравливающее действие. Детям предлагается сортировать, угадывать с закрытыми глазами, катать между большим и указательным пальцем, придавливать поочередно всеми пальцами обеих рук к столу, стараясь при этом делать вращательные движения. Можно научить ребенка перекачивать пальцами одной руки два грецких ореха или камешка, пальцами одной руки или между двух ладоней шестигранный карандаш. Можно предложить детям выкладывать буквы, силуэты различных предметов, рисунки из мелких предметов: семян, пуговиц, веточек и т. д.

Пальчиковые игры и упражнения при регулярном использовании обеспечивают хорошую тренировку пальцев и подготовку мышц руки к письму. Включение в любое занятие пальчиковых игр и упражнений вызывает у детей

оживление, эмоциональный подъем и оказывает неспецифическое тонизирующее действие на функциональное состояние мозга и развитие их речи. Они как бы отображают реальность окружающего мира – предметы, животных, людей, их деятельность, явления природы. В ходе «пальчиковых игр» дети, повторяя движения взрослых, активизируют моторику рук. Тем самым вырабатываются ловкость, умение управлять своими движениями, концентрировать внимание на одном виде деятельности.

Особое внимание необходимо обратить на выработку у детей навыков точной и четкой координации в системе «глаз – рука», которые также нередко оказываются недостаточно сформированными к началу систематического обучения. Развитию тонких движений руки способствуют физические упражнения, основанные на хватательных движениях и развивающие силу кисти. Лазанье, переходы со снаряда на снаряд, раскачивание на канате способствуют развитию точности движений рук, учат дозировать усилия. Итак, для того чтобы ребенок успешно подготовился к письму, необходимо регулярно и систематически проводить занятия по развитию мелкой моторики, сенсомоторной координации, развивать зрительно-пространственное восприятие.

Игры и упражнения для развития мелкой моторики детей раннего возраста (1-3 г):

1. Нанизывать кольца с большим отверстием на стержень.
2. Нанизывать кольца одинакового размера с маленьким отверстием.
3. Нанизывать бусы (деревянные, глиняные) на тонкие шнуры или толстые нитки с укрепленными концами.
 - 1-й вариант – бусы большие и маленькие
 - 2-й вариант – бусы разного цвета
 - 3-й вариант – бусы разной формы
4. Размещать грибки двух (четырех) цветовых тонов в отверстиях столиков в соответствии с их цветом.
5. Игры в мозаику (выкладывание мозаики на тему: «курица и цыплята», «домики и флажки», «гуси с гусятами»).
6. Рисовать красками пальцем.
7. Проталкивать предметы круглой и квадратной формы в соответствующие отверстия-коробки (коробки с прорезями для шаров, кубов, брусков).
8. Нанизывать большие и маленькие кольца на стержень.
9. Складывать 2-х местную (3-х местную) матрешку.
10. Размещать круглые вкладыши разной величины в соответствующих отверстиях.
11. Размещать резко различные по форме вкладыши в соответствующих отверстиях.
12. Размещать большие и малые вкладыши разной формы в соответствующих гнездах.
13. Играть в игры «лягушки», «сорока-белобока», «коза рогатая».
 - Игра «Наши ручки»:

– Наши ручки очень дружные, в любой работе помогают друг другу. Им очень хочется крепко – крепко обнять друг друга – вот так...., и вот так:....., и потереться ладошками:...., и потереть друг другу спинки:....., и потереть каждый пальчик:...., и на другой ручке:...., и как будто помочь друг другу:....., а теперь как будто стряхнуть воду (все слова взрослый сопровождает действиями).

14. Разминать пальцами пластилин, глину.

15. Нанизывать на толстую леску крупные пуговицы, бусины.

16. Наматывать толстую проволоку в цветной обмотке на катушку.

17. Застегивать пуговицы, молнии.

18. Подбирать крышки к коробкам (круглые, квадратные, прямоугольные отверстия).

19. Дети 1–1,6 года должны знать цвета: красный и синий; группировать предметы по цвету: красные шарики класть в красную коробочку, синие – в синюю коробку.

От 1,6–2 лет – различать четыре основных цвета (красный, синий, желтый, зеленый), отбирать предметы одного цвета, раскладывать шарики и втулки, соотносить их цвет с цветовым полем (коробка, столик).

Упражнения, развивающие мелкую мускулатуру кистей рук для детей дошкольного возраста (3–7 лет) (ежедневно делать по 2–3 любых упражнения).

Одной рукой пожать (поздороваться) по очереди с каждым пальцем другой руки.

Большой палец здоровается с каждым пальцем по очереди (игра «пальчик – мальчик, где ты был»).

«Идет коза рогатая» – выставление 2-го и 3-го пальцев или 2-го и 5-го.

Попадание 1 пальцем в «мишень».

Делать кулачки мягкими, чтобы их можно было легко разжать или просунуть в кулачок палец и крепкими (кулачок не разожмешь и палец никак не просунешь).

Двумя пальцами руки (указательный и средний, сначала правая, а потом левая) «ходить» по столу сначала медленно, как будто кто-то крадется, а потом бегом.

Показывать отдельно только один указательный палец, затем два (указательный и средний), затем три, четыре, пять. Показывать отдельно только один большой палец.

Барабанить всеми пальцами обеих рук по столу.

Махать в воздухе только пальцами.

Кистями рук делать «фонарики».

Хлопать в ладоши тихо и громко в разном темпе.

Собирать все пальцы в щепотку, затем разбрасывать (пальчики собирались все вместе – разбежались).

Соединять палец к пальцу две кисти рук. Один вариант – ребенок соединяет свои руки, второй вариант – ребенок соединяет свою руку с рукой взрослого.

Скрещивать пальцы обеих рук.

Примерный комплекс упражнений для выполнения дома или на занятиях по АФК для коррекции или профилактики плоскостопия:

1. Поочередное хождение на пальцах ног (передний свод стопы) и на пятках.
2. Хождение по прямой линии (начерченной на полу, либо воображаемой).
3. В положении сидя сгибание и разгибание пальцев ног.
4. Наклоны вперед на прямых ногах, при этом нужно стараться коснуться пола пальцами рук.
5. Приседания на полную стопу, не отрывая пятки от пола. Стопы стоят параллельно.
6. Повторить упражнение 5, положив под стопы ребенка палку или веревку.
7. Хождение на наружной части стопы (супинация стопы).
8. Хождение по неровной поверхности, включая песок и специальные рифленные коврики.
9. Захватывание и перекладывание мелких предметов пальцами ног.
10. Лежа на спине, попросите ребенка упираться ступнями в пол, положив перед ними резиновый мяч небольшого размера. Ребенок должен постараться поднять мяч ногами и бросить его вам.
11. Играть в «ладушки» ступнями.
12. Ходьба в горку.
13. Лежа на спине, сгибать ноги в коленях поочередно.
14. В положении сидя попросить ребенка поставить стопы вместе, плотно прижав их друг к другу.
15. Подниматься на носочки удерживая пятками теннисный мячик.