

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР г. ТОМСКА



ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ

**«Методическое сопровождение разработки адаптированных образовательных программ для детей с РАС, ТНР, ЗПР»
16 часов**

Авторы-составители:
Осипова О.А.
Бовкун Т.Н.

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Дополнительная профессиональная программа (далее - Программа) повышения квалификации (далее – ПК) адресована слушателям системы повышения квалификации: педагогам дошкольных образовательных организаций.

Программа разработана в соответствии (на основе) с:

- Федеральным законом от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об образовании в Российской Федерации»;

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. N 1155 г. Москва «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования (Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 ноября 2013 г., регистрационный N 30384);

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 года № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 августа 2017 года № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ»;

- профессиональным стандартом «Педагог (педагогическая деятельность в дошкольном, начальном общем, основном общем, среднем общем образовании), (воспитатель)»;

- приказом Минтруда России от 24.07.2015 N 514н "Об утверждении профессионального стандарта "Педагог-психолог (психолог в сфере образования)";

- приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.08.2010 № 761н (ред. от 31.05.2011) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников образования" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 06.10.2010 N 18638);

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 октября 2014 г. № 1351 (федеральный государственный образовательный стандарт среднего профессионального образования по специальности 44.02.01 дошкольное образование);

Программа повышения квалификации реализуется на государственном языке Российской Федерации – русский.

Инклюзивное образование предполагает обучение детей с ограниченными возможностями здоровья не в специализированном, а в обычном учебном заведении. Возможность получения образования всеми детьми, независимо от ограничений возможностей их здоровья, законодательно закреплено в Законе "Об образовании в РФ" от 29 декабря 2012 года.

Согласно закону, инклюзивное образование – это обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

В связи с введением Стандартов в сферу профессиональной компетенции педагога, работающего в образовательной организации, входит новый круг задач, обеспечивающих коррекцию развития обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Актуальность программы продиктована потребностью педагогов научиться разрабатывать и реализовывать адаптированные образовательные программы для детей с ОВЗ.

Адаптированная образовательная программа – это программа, разработанная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Цель адаптированной образовательной программы - создание и внедрение организационно-педагогических условий для обеспечения коррекции нарушений развития и социальной адаптации воспитанника ДОУ с ОВЗ. Согласно ст. 13 п. 1. Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» Организация вправе реализовывать Программу самостоятельно. В связи с этим становится актуальным вопрос о формировании

профессиональной компетенции педагогических работников, осуществляющих образовательный и коррекционный процесс с детьми с ОВЗ. Умение профессионально проектировать образовательный и коррекционный процесс во многом определяет успешность и качество повышения дошкольного образования детей с ОВЗ.

Ключевые понятия курса

Образование - единый целенаправленный процесс воспитания и обучения, являющийся общественно значимым благом и осуществляемый в интересах человека, семьи, общества и государства, а также совокупность приобретаемых знаний, умений, навыков, ценностных установок, опыта деятельности и компетенции определенных объема и сложности в целях интеллектуального, духовно-нравственного, творческого, физического и (или) профессионального развития человека, удовлетворения его образовательных потребностей и интересов;

Воспитание - деятельность, направленная на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающегося на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в обществе правил, и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства;

Обучение - целенаправленный процесс организации деятельности обучающихся по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности, развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию у обучающихся мотивации получения образования в течение всей жизни;

Образовательная среда — дидактическое понятие, совокупность внутренних и внешних условий и ресурсов развития и образования обучающихся. Образовательная среда нацелена на создание целостности педагогических условий для решения задач обучения, развития и воспитания обучающихся;

Федеральный государственный образовательный стандарт - совокупность обязательных требований к образованию определенного уровня и (или) к профессии, специальности и направлению подготовки, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования;

Обучающийся - физическое лицо, осваивающее образовательную программу;

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий;

Индивидуальный учебный план - учебный план, обеспечивающий освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося;

Инклюзивное образование - обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей;

Адаптированная образовательная программа - образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц;

Адаптация социальная (от лат. *adapto* — приспособляю и *socialis* — общественный) — 1) постоянный процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды; 2) результат этого процесса. Соотношение этих компонентов, определяющее характер поведения, зависит от целей и ценностных ориентаций индивида, возможностей их достижения в социальной среде.

Аутизм — общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет, и аномальным

функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков расстройство развивается в 3-4 раза чаще, чем у девочек. Схожие состояния, при которых отмечаются более мягкие признаки и симптомы, относят к расстройствам аутистического спектра.

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

Синдром Аспергера относится, как и синдром Каннера, к непроецессуальным, дизонтогенетическим формам РДА. В последнее время его относят к конституциональной патологии характера аутистического типа.

1) Как и при других видах аутизма, состояние при синдроме Аспергера определяют коммуникативные нарушения, недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, что отличает таких детей от сверстников.

2) Нарушение социального взаимодействия может проявляться в следующих формах:

- экстремальный эгоцентризм – невозможность взаимодействовать со сверстниками;
- взаимодействие со сверстниками возможно, но не является привлекательным, не значимо и не ценится высоко;
- социальная и эмоциональная неадекватность общения.

3) Ребенок производит впечатление старомодности, «маленький старичок», воспринимается другими детьми, как эксцентричный профессор. Живет в своем мире с узкими, необычными интересами. Демонстрирует необычные склонности (коллекционирование). Собирает факты, касающиеся определенных событий, но не всегда понимает смысл (читает энциклопедии о динозаврах – все запоминает (у них нередко хорошая механическая память), но что такое эра может не понимать).

4) У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны.

5) Ребенок может быть на удивление успешен в чем-то одном и неуспешен в другом. Например, свободно владеет языком, но затрудняется приспособливаться к социальному контексту и различным слушаниям (ему трудно вести диалог). Отмечаются трудности понимания переносного смысла метафор (что не связано с уровнем интеллекта).

6). Активное и пассивное внимание неустойчивы, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией.

7) Наблюдается отклоняющийся, необычный стиль коммуникации:

- ослаблена коммуникативная функция речи. Речь - формальная, педантичная, скучная, бедная интонационно, необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу (роботоподобный, маломодулированный язык, ребенок говорит, как бы разными голосами), голос звучит то тихо, то режет слух и в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечается тенденция к словотворчеству, что иногда сохраняется и после пубертата. Ребенок часто непроизвольно издает различные звуки «прочищает горло», смеется;
- выявляются проблемы невербальной коммуникации: неумение использовать жесты, неуклюжесть, ограниченность мимической экспрессии,
- отмечается необычный стиль глазного контакта (очень пристальный взгляд или избегание взгляда).

8) У детей с синдромом Аспергера снижена эмпатия (снижена способность понимать чувства других людей и подстраиваться под них). Характерна привязанность к дому, а не к близким.

9) У них нет близких друзей. Их часто обижают. При этом ребенок хочет общаться, быть социализированным, но сделать это ему крайне трудно. Он может находиться с другими детьми, но только если эти дети подстраиваются под него. Отмечается влечение к

аутистическим играм. Командные игры затруднены, так как ребенка-аутиста интересует только собственный счет, а не счет команды.

10) Во внешнем виде обращает на себя внимание отрешенное выражение лица, что придает ему «красивость», мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Выразительных мимических движений мало (минимальная экспрессия), жестикация обеднена. Иногда выражение лица сосредоточенно-самоуглубленное, взгляд направлен «внутрь себя».

11) Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления (нередко поведению недостает внутренней логики).

12) Моторная сфера развита плохо:

- отмечается неуклюжесть, неловкость;
- моторика угловатая, движения неритмичные с тенденцией к стереотипиям.

13) Интеллект. В отличие от других случаев аутизма при синдроме Аспергера нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Интеллект чаще нормальный (общий показатель IQ не менее 70, при этом вербальный интеллект развит лучше, а невербальный хуже) или выше нормы.

Синдром Каннера – непроцессуальный вариант детского аутизма, ядерная форма. Клинические проявления:

1) Невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни. В грудном возрасте отсутствует “комплекс оживления” при контакте с матерью (ребенок не реагирует на ее уход, приход, пассивен или негативистичен к ней). Иногда отмечается симбиоз – ребенок не расстается с матерью, но не проявляет к ней ласки.

2) Аутизм – “уход в себя”, проявляется в виде самоизоляции с неспособностью к установлению контакта с окружающими (т.е. контакты с окружающими снижены или отсутствуют):

- ребенок погружен в свой внутренний мир;
- смотрит “мимо” детей, играет “около”;
- не отвечает на обращенные к нему вопросы;
- речь нередко обращена в пространство, ответы носят характер непосредственных и отставленных эхололий (“граммофонная или попугайная речь” по Каннеру);
- нередко называет себя во 2-м или 3-ем лице (отмечается задержка развития личного местоимения “Я”).

3) Отсутствует адекватное эмоциональное реагирование (холодны, отчуждены с близкими).

4) Внешне это обычно красивые дети с “задумчивым, сонным, отрешенным” лицом (“лицо принца” по Каннеру) - настороженно-напряженным и недовольным в присутствии людей и удовлетворенным при их уходе.

5) Обращает на себя внимание крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными. Также отмечается слабость эмоционального резонанса с гиперестезией к световым, слуховым, тактильным, температурным раздражителям. Т.е. окружающая среда для них является источником эмоционального дискомфорта, ее восприятие сопровождается отрицательным фоном настроения.

6) Болезненная гиперестезия и эмоциональный дискомфорт приводят к повышенной боязливости, легкости возникновения страхов у детей-аутистов. У них часто отмечают страхи шума бытовых приборов, воды, ветра, которые могут сохраняться годами. (Аутистические страхи связаны с искаженным восприятием окружающего мира, который воспринимается на основании отдельных аффективно значимых признаков, а не целостно).

7) Для аутичных детей типичен “феномен тождества” - стремление поддерживать и сохранять неизменность окружающей обстановки. Казалось бы, не замечающий ничего вокруг, ребенок может отреагировать бурным и непонятным для родителей возбуждением в ответ на незначительные изменения в окружающем. Это предельное выражение страха новизны в целом, выражающегося в крайне трудном принятии любых изменений (в еде, одежде, обстановке, маршрутах прогулок и т.д.). К этому примыкает и непереносимость

взгляда в глаза - человеческое лицо оказывается для аутичного ребенка до болезненности избыточно изменчивым.

8) Поэтому для детей-аутистов характерно отсутствие или недостаточность зрительного контакта (который воспринимается как чрезмерный раздражитель). Отсутствие взгляда в лицо создает трудное и для родителей, и для врача переживание отстраненности, отчуждения, приводящее к попыткам активно стимулировать зрительный контакт. Но результатом чаще всего становится полное прекращение контакта.

9) При аутизме отсутствует поведенческая ориентировка на людей, отмечается неспособность к отличению их от неодушевленных предметов. Аутичный ребенок относится к людям как вещам, "ходит мимо людей", "смотрит сквозь людей", не реагирует на обращение и обычно ведет себя с людьми как с неодушевленными носителями интересующих его свойств, что может вводить в заблуждение родителей, приписывающих его внимание себе.

10) Физический контакт, если и случается, носит неуклюжий и очень манипулятивный характер, нередко производя формальное впечатление агрессии: ребенок может наступить на голову другому ребенку или обнять за голову так, что тот не может дышать.

11) Аутичный ребенок не только не участвует в детских играх, но и в своей одинокой игре не обнаруживает коммуникативных тенденций (характерных для здоровых детей). Игровая деятельность носит стереотипный, монотонный характер. Чаще всего это механические манипуляции с неигровыми (веревки, гвозди, бумажки) (реже игровыми) предметами (например, ребенок стереотипно перекладывает кастрюли, включает и выключает свет). Отмечается овладевающее пристрастие к играм с неконструированным материалом (песком, водой).

12) В последнее время получены данные, согласно которым 70-80% детей с синдромом Каннера страдают умственной отсталостью. Но в любом случае отмечается неравномерность интеллектуального развития и "западение" невербальных показателей по сравнению с вербальными при исследовании по методике Векслера. Нормальная интеллектуальная деятельность всегда характеризуется аутистической направленностью (игры, интересы, фантазии оторваны от реальной ситуации).

13) Речь, вне зависимости от того, развивается она в обычные сроки, с задержкой или, наоборот, с опережением, не используется или используется крайне ограниченно в коммуникативных целях. Речевая продукция обычно спонтанна, ограничивается непосредственными и (или) отставленными эхолалиями (внеситуативным и стереотипным воспроизведением когда-то слышанного). В более мягких случаях обращает на себя внимание несоответствие правильной (грамматически и синтаксически), сложной речи с неспособностью к диалогу. Модуляции голоса вычурные и неестественные, интонирование бедное. При хорошем развитии речи ребенок часто использует метафорические высказывания, необычные языковые стратегии.

14) Особенности коммуникативности взаимосвязаны с формированием "Я", которое у многих детей с аутизмом происходит лишь к 6-8 годам. Местоимение "Я" появляется в речи не раньше, чем ребенок начинает достаточно свободно и правильно использовать местоимения "он, она, они" и "ты". Даже к 5-6 годам большинство детей называют себя по имени или во 2-ом или 3-ем лице, не используя слово "Я", которое, однако, произносят в эхолалической речи.

15) Для детей, страдающих аутизмом типична недостаточность моторики - движения угловатые, неловкие, нередко с трудом осваиваются простые навыки самообслуживания. На фоне моторной неловкости отмечаются двигательные стереотипии, вычурность и манерность движений.

16) Клиническое проявление симптоматики при синдроме Каннера происходит на 1-ом году жизни. Однако в поле зрения специалистов ребенок обычно попадает не ранее 2-3 лет, когда нарушения становятся достаточно явными. Но и тогда родители часто затрудняются в определении нарушений, прибегая к оценочным суждениям: "Странный, не такой как все". Нередко истинная проблема маскируется более понятными для родителей мнимыми или реальными нарушениями - например, задержкой речевого развития или нарушениями слуха.

17) Аутизм, как его понимал Каннер, отличается от шизофрении отсутствием процессуальной прогрессиентности и имеет тенденции к (разной степени) положительной динамике. Динамика стержневых для аутизма коммуникативных трудностей обнаруживает ряд закономерностей, выявляемых по мере спонтанного или терапевтического улучшения состояния. Первоначально отсутствующий или грубо недостаточный контакт с матерью сменяется симбиотическим, что происходит у разных детей в разном возрасте, в зависимости от индивидуальных особенностей динамики созревания - у одних детей в 2-3 года, у других - в 5-7 лет. На этом этапе сепарация от матери приводит к тревоге, протестам, а в крайних случаях - к реакциям психотического типа. По мере сглаживания симбиотического контакта с матерью постепенно развиваются контакты с другими людьми: сначала с близкими и хорошо знакомыми взрослыми, затем с более широким кругом взрослых и старшими детьми, затем с детьми мл

Синдром Мартина-Белл

Синдром Мартина-Белл (в современной литературе - синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X; Синдром FX) – это сцепленное с полом наследственное заболевание, характеризующееся умственной отсталостью, определенными фенотипическими особенностями и нарушениями аутистического спектра. Синдром FX— наиболее часто встречающаяся наследуемая форма аутизма и умственной отсталости.

Психологические особенности:

Основным клиническим проявлением синдрома является снижение познавательных способностей. У большинства мальчиков IQ не превышает значения 50. Относительно сохранными являются зрительное восприятие и номинативная функция речи. У девочек, за счет наличия второй, «здоровой» X хромосомы нарушения могут быть не так заметны. Интеллект чаще соответствует нормативным значениям, однако обычно имеются выраженные трудности в решении математических задач. В целом, для людей с синдромом FX характерны:

- снижение познавательных способностей;
- своеобразие речевого развития;
- речь ускоренная, характеризуется сбивчивостью, обилием повторов, эхололий;
- трудности коммуникации и социального взаимодействия;

По разным оценкам до 40% детей удовлетворяют всем критериям для постановки диагноза расстройства аутистического спектра.

- гиперактивность и нарушения внимания;
- высокий уровень социальной тревожности;
- гиперчувствительность к сенсорным стимулам;
- нарушения исполнительных функций.

(трудности планирования, переключении внимания), зрительно-пространственной координации.

Синдром Тремора и Атаксии (Fragile X associated tremor/ataxia syndrome, FXTAS, OMIM 300623).

Состояние премутации, в отличие от полной мутации, связано с возникновением сверхпродукции матричной РНК, которая, впоследствии, будет иметь негативный эффект на нервную систему. В результате такого высокого уровня мРНК у носителей премутации с возрастом может возникнуть Синдром Тремора и Атаксии (впервые был описан в 2001 году).

Не у всех носителей премутации развивается синдром тремора и атаксии (приблизительно в 20-40%).

FXTAS – это возрастное поздно начавшееся неврологическое заболевание с развитием прогрессирующего тремора при произвольных движениях, нарушением походки и когнитивным снижением.

Заболеванию подвержены, главным образом, пожилые мужчины-носители премутации (старше 50 лет), женщины страдают данным заболеванием реже и симптомы заболевания протекают легче.

Первые признаки заболевания могут проявиться в затруднениях в повседневной жизни, например, возникают трудности с письмом или при использовании столовых

принадлежностей, или появляются трудности в удержании равновесия при ходьбе. Так же могут возникать проблемы с кратковременной памятью, наблюдается нарастание общего беспокойства, появление неуместного или импульсивного поведения.

Симптомы **FXTAS** прогрессируют в течение многих лет или десятилетий, пока выполнение многих ежедневных задач становится не доступно.

Очень часто носителям премутации с **FXTAS** диагностируют болезнь Паркинсона, старческое слабоумие или болезнь Альцгеймера. Поэтому проблема дифференциальной диагностики **FXTAS** от схожих форм нейродегенеративных заболеваний на сегодняшний день является актуальной.

На сайте fragilex.org, посвященном всему спектру заболеваний, связанных с ломкой X хромосомой, приведены симптомы-критерии **FXTAS**, которые разделены на 3 группы: «основные», «незначительные» и «другие/сопутствующие».

Основные симптомы FXTAS

1. **Интенционный тремор:** возникновение дрожания в момент целенаправленного движения руки к объекту, например, при использовании столовых приборов или письменных принадлежностей. В состоянии покоя тремор не столь очевиден.

2. **Атаксическая походка:** походка становится неуверенной, с широко расставленными ногами, наблюдаются проблемы в удержании равновесия, которые могут включать в себя эпизоды падения, а также необходимость поддержки при ходьбе по неровной местности или при хождении вверх / вниз по лестнице.

3. **MPT-исследование при FXTAS.** Данные MPT включают в себя «поражение белого вещества в перивентрикулярной области, подкорковых областях и в районе средних ножек мозжечка билатерально».

4. Выводы невропатологов о так называемых «**FXTAS включения**» в клетках головного мозга.

Вторичные симптомы FXTAS

1. Паркинсонизм (тремор покоя).

2. Проблемы с кратковременной памятью. Это бывает трудно определить, так как с возрастом происходит естественное ухудшение кратковременной памяти. Однако, при **FXTAS** это может происходить быстрее, чем обычно, или может быть более выраженным, например, человек забывает, что только что съел, сказал или сделал.

3. Проблемы с «исполнительными функциями» и принятием решений. Исполнительные функции включают в себя возможность инициировать и завершить деятельность, адаптировать и изменять поведение по мере необходимости и в соответствии с ситуацией, прогнозировать и планировать новые задачи и ситуации. Исполнительные функции позволяют предвидеть результаты, решать проблемы, обобщать и переносить опыт из одной ситуации в другую.

4. MPT, которые являются более общими, чем те, которые перечислены выше, упоминается как «поражение белого вещества головного мозга»

Другие симптомы FXTAS (не считаются официальными диагностическими критериями, но часто встречаются у людей с FXTAS)

1. Невропатия или онемение / покалывание в конечностях.

2. Нестабильность в настроении, раздражительность, вспышки гнева, личностные изменения.

3. Когнитивное снижение: потеря ранее приобретенных навыков, включая математику, чтение и т.д.

4. Импотенция, потеря контроля над рефлексом мочевого пузыря или функций кишечника (так называемые проблемы «вегетативной дисфункции»).

5. Гипертония, заболевания щитовидной железы, фибромиалгии (чаще встречается у женщин).

Рекомендация для дальнейших диагностических мероприятий с целью подтверждения синдрома **FXTAS** необходима для:

- лиц с проявлениями «основных» клинических симптомов (№ 1 или № 2 из группы «основные симптомы FXTAS») и один «основной» симптом по МРТ-данным (№3 или № 4 из группы «основные симптомы FXTAS»);
- любого человека с наличием «FXTAS включений» на основе неврологических данных.

Часто встречаемые симптомы у женщин с FXTAS.

Женщины также могут страдать в той или иной степени неврологическими симптомами, что и мужчины, но почти всегда с меньшей тяжестью, благодаря присутствию второй X хромосомы. В целом, для женщин характерна склонность к выраженной тревоге и депрессиям.

Дополнительные симптомы, которые могут наблюдать у некоторых женщин с FXTAS, включают в себя:

- фибромиалгии и / или недифференцированная боль в мышцах;
- проблемы со щитовидной железой, как правило, гипотиреоз;
- судорожные расстройства

Прикладной анализ поведения (англ. Applied behavior analysis, АВА) — это научная дисциплина, которая предполагает использование современной поведенческой теории научения для изменения поведения. АВА включает в себя как прикладные методы поведенческого вмешательства, так и фундаментальные исследования принципов, формирующих и поддерживающих человеческое поведение.

1. Цель реализации программы – содействовать формированию у слушателей умения разрабатывать АОП для детей с РАС, ЗПР, ТНР.

Задачи:

1. Рассмотреть положения нормативно-правовые документов, регламентирующих образовательный процесс с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья.
2. Определить специфику психолого-педагогической работы и образовательного процесса в рамках образовательного процесса с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья (РАС, ЗПР, ТНР).
3. Познакомить со структурой АОП для детей с РА, ТНР, ЗПР.

2. Планируемые результаты обучения

Слушатель будет:

знать и понимать:

- требования нормативных документов, регламентирующих деятельность образовательных учреждений, работающих с лицами с ограниченными возможностями;
- возрастные, психофизические и индивидуальные особенности и особые образовательные потребности детей с ЗПР, ТНР, РАС;
- принципы организации коррекционно-развивающей работы с детьми с ЗПР, ТНР, РАС;

уметь:

- определять особые образовательные потребности детей с ЗПР, ТНР, РАС, ФРЗ;
- формулировать коррекционные задачи;
- разрабатывать АОП для детей с ЗПР, ТНР, РАС.

3. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Категория слушателей: старшие воспитатели, воспитатели, учителя-логопеды, педагоги-психологи, педагоги дополнительного образования.

Срок обучения: 16 часов

Форма обучения – онлайн/офлайн

Режим занятий – без отрыва от производства

Длительность - 4 учебных дня

Количество участников - 28 чел.
 Количество учебных групп - 1
 Общее количество учебных часов – 16 ч.

Наименование разделов и тем курса	Всего часов			Форма контроля
		Онлайн	Офлайн	
Тема 1. Нормативно-правовое обеспечение организации образовательной и коррекционной деятельности с детьми с ОВЗ в ДОО	4	3	1	
Тема 2. Разработка АООП для детей с РАС	4		4	
Тема 3. Разработка АООП для детей с ТНР	4	3	1	
Тема 4. Разработка АООП для детей с ЗПР	4	3	1	
Итоговая аттестация		12	4	Практическая работа (зачет)
ИТОГО	16 ч.	16 ч.	16	

3.1. Содержание программы повышения квалификации «Методическое сопровождение разработки адаптированных образовательных программ для детей с РАС, ТНР, ЗПР»

Тема 1. Нормативно-правовое обеспечение организации образования детей с ОВЗ. Понятия «инклюзивное образование», «ребенок с ОВЗ». Сущность, принципы, цели и задачи инклюзивного образования в условиях образовательной организации. Нормативно-правовые основы инклюзивного образования в РФ.

Тема 2. Разработка АООП для детей с РАС. Особенности организации в ДОО коррекционно-развивающей работы с детьми с РАС. Требования к структуре адаптированной образовательной программы и ключевые особенности ее разделов. Этап ранней помощи. Начальный этап (направления коррекционной работы). Основной этап. Пропедевтический этап. Уровни тяжести расстройства аутистического спектра. Принципы и подходы к формированию Программы. Образовательные потребности детей с РАС.

Тема 3. Разработка АООП для детей с ТНР.

Требования к структуре адаптированной образовательной программы и ключевые особенности ее разделов. Психолого-педагогическая характеристика детей с ТНР. Особенности планирования коррекционной программы детей с ТНР.

Тема 4. Разработка АООП для детей с ЗПР. Варианты и группы ЗПР. Особенности организации в ДОО коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими ЗПР. Условия, принципы, организация коррекционно-образовательной работы с детьми с ЗПР. Требования к структуре адаптированной образовательной программы и ключевые особенности ее разделов.

4. Календарный учебный график

№ пп	Число/ Месяц	Время проведения и форма занятий	Кол-во часов (ак.ч.)	Тема занятия	ФИО преподавателя, степень, звание
1.	21.09	13.00-15.15 онлайн	3 ч.	Нормативно-правовое обеспечение организации образовательной и	Бовкун Т.Н.
		офлайн	1 ч.		

				коррекционной деятельности с детьми с ОВЗ в ДОУ	
2.	22.09	офлайн	4 ч.	Разработка АОП для детей с РАС	Осипова О.А.
3.	23.09	13.00-15.15 онлайн	3 ч.	Разработка АОП для детей с ТНР	Бовкун Т.Н.
		офлайн	1 ч.		
4.	24.09	13.00-15.15 онлайн	3 ч.	Разработка АОП для детей с ЗПР	Осипова О.А.
		офлайн	1 ч.		
		офлайн	-	Анкетирование слушателей курсов на гугл-форме	Осипова О.А. Бовкун Т.Н.
					ИТОГО: 16 ч.

5. «Формы аттестации и оценочные материалы»

Вид аттестации	Форма аттестации	Виды оценочных материалов
Итоговая	Зачет	Практическая работа: проектирование фрагмента АОП (на выбор): - выбор программы: РАС/ЗПР/ТНР (целевой раздел или содержательный (коррекционная работа) или образовательный процесс по 5 образовательным областям)

6. Организационно-педагогические условия реализации программы

6.1. Учебно-методическое обеспечение программы

1. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорное понимание скрытых проблем развития/ Э. Дж. Айрес; [перевод с англ. Юлии Даая]. – М. Теревинф, 2009.
2. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии. Теория и практика. 2-е издание, переработанное, расширенное / Татьяна Григорьевна Визель. - Москва: Издательство АСТ, 2021. - 544 с.
3. Китик Е.Е. Дети с тяжелыми нарушениями речи / Е.Е. Китик, Л.Е. Томме-Москва. Просвещение, 2021-48 с.
4. Мамайчук, И.И. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития / И.И. Мамайчук, М.Н. Ильина. – Санкт-Петербург. Речь, 2004.
5. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. – Санкт-Петербург. Речь, 2006. – 400 с.
6. Морозова, С.С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С.С. Морозова-Москва: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2007- 176 с.
7. Методические рекомендации по разработке специальной индивидуальной программы развития (СИПР) / Авторы-составители С.А Есина, Н.А. Чиркунова. – Красноярск: Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева, 2016. – 30 с.
8. Роджерс, С. Дж., Доусон, Дж., Висмара, Л. А. Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом: Как в процессе повседневного взаимодействия научить ребенка играть, общаться и учиться / Салли Дж. Роджерс, Джеральдин

Доусон, Лори А. Висмара; [пер.с англ. В. Дегтяревой]. - Екатеринбург: Рама Пабблишинг, 2016. - 416 с.

9. Фрост, Бонди Э. Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS): руководство педагогов /А. Лори, Фрост, Э. Бонди. – М: Теревинф, 2011. – 416 с.
10. Филичева, Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: практ. пособие / Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина. - 5-е изд. - М.: Айрис-пресс, 2008. - 224 с.

6.2. Перечень нормативных и нормативно-методических документов

1. Федеральный закон РФ «Об образовании Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ»: ст. 2, ст. 12, ст.41, ст.79. (в редакции с изменениями и дополнениями);
2. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4. 3648-20 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи» (в редакции с изменениями и дополнениями);
3. Приказ Министерства образования и науки российской Федерации от 17 октября 2013 г. № 1155 «Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования» (в редакции с изменениями и дополнениями);
4. Комментарии Минобрнауки России к ФГОС дошкольного образования от 28.02.2014 г. № 08-249 (в редакции с изменениями и дополнениями);
5. Приказ Министерства просвещения РФ от 31 июля 2020 г. № 373 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам дошкольного образования"(в редакции с изменениями и дополнениями);
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» (зарегистрирован Минюстом России 14 ноября 2013г., регистрационный № 30384) (в редакции с изменениями и дополнениями);
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 26 августа 2010 г. № 761н (ред. от 31.05.2011) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования» (Зарегистрирован в Минюсте России 6 октября 2010 г. № 18638) (в редакции с изменениями и дополнениями);
8. Письмо Минобрнауки России от 31 июля 2014 г. № 08-1002 «О направлении методических рекомендаций» (Методические рекомендации по реализации полномочий субъектов Российской Федерации по финансовому обеспечению реализации прав граждан на получение общедоступного и бесплатного дошкольного образования) (в редакции с изменениями и дополнениями).

6.3. Электронные образовательные ресурсы

1. Федеральная целевая программа развития образования на 2011-2015 гг. – Режим доступа: <http://www.fcpro.ru>.
2. Министерство образования и науки РФ. – Режим доступа: <http://минобрнауки.рф>.
3. Российское образование Федеральный портал. – Режим доступа: <http://www.edu.ru/index.php>.
4. ФГОС. – Режим доступа: <http://минобрнауки.рф/новости/3447/файл/2280/13.06.14>.
5. Российский общеобразовательный портал. - Режим доступа: <http://www.school.edu.ru>.
6. Российское образование. Федеральный образовательный портал. – Режим доступа: <http://www.edu.ru>.
7. Сайт «Всероссийский Августовский педсовет». - Режим доступа: www.pedsovet.org.
8. Образовательный портал. –Режимдоступа: <http://www.prodlenka.org/vneklassnaiarobotapublikatcii.html>.
9. Сайт ФГАУ «ФИРО». – Режим доступа: <http://www.firo.ru>. 226 10. Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – Режим доступа: <http://www.consultan>

6.4. Материально – технические условия реализации программы

Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий	Вид занятий	Наименование оборудования, программного обеспечения
Кабинет (актовый зал) для преподавателя	Онлайн/офлайн лекция	компьютер с выходом в Интернет

6.5. Кадровое обеспечение программы

В реализации программы участвуют Осипова Оксана Александровна, методист по дошкольному образованию, высшая квалификационная категория; Бовкун Татьяна Николаевна, методист по коррекционному образованию МАУ ИМЦ.