



МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОРИЕНТИРОВАНИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ



УЧРЕЖДЕНИЕ «SDU UNIVERSITY»

Исмагулова С.К., Кошербаева Л.К.

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

**ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В
ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОРИЕНТИРОВАНИИ И
СОЦИАЛИЗАЦИИ**

Каскелен, 2024

УДК 376
ББК 74.3
К76

Рецензенты:

Байтурсынова А.А. – кандидат педагогических наук, и.о. директора Национальный научно-практический центр развития специального и инклюзивного образования» Министерство Просвещения Республики Казахстан.

Сапиева М.С. – кандидат педагогических наук, ведущий научный сотрудник Центра непрерывного педагогического образования НАО имени И. Алтынсарина.

Авторы:

Исмагулова С.К. – директор центра инклюзивного образования Национальной академии образования имени И. Алтынсарина.

Косербаева Л.К. – профессор, PhD по специальности «Общественное здравоохранение».

«Поддержка детей с расстройствами аутистического спектра в профессиональном ориентировании и социализации». // Методическое пособие.- Каскелен, учреждение «SDU University», 2024.- 102 с.

Одним из приоритетных направлений образования в Республике Казахстан является достижение 4-й Цели устойчивого развития – обеспечение всеохватного и справедливого качественного образования для всех. Это включает равный доступ к качественному образованию и поддержку обучения на протяжении всей жизни. Важность качественного образования, учитывающего индивидуальные особенности учеников, подчёркивается в программных и законодательных документах страны. Современные педагоги должны формировать у детей глобальные навыки и стремление к непрерывному обучению. Школьная среда должна обеспечивать всем детям, включая тех, у кого есть поведенческие и специфические трудности, возможность получить качественное образование. Методическое пособие включает характеристику психофизиологических особенностей детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), рекомендации по их включению в общеобразовательный процесс, и направлено на поддержку школ в организации психолого-педагогического сопровождения таких детей.

Рекомендовано к изданию Ученым Советом Учреждения «SDU University» (протокол №14 от 27 мая 2024 г.).

Данное исследование финансируется Комитетом науки Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан в рамках проекта: BR18574199 «Интеграция детей с расстройством аутистического спектра в социально-образовательную среду на основе всесторонней поддержки: вызовы и преимущества».

ISBN 978-601-7647-33-9

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	7
2. ОБЗОР МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ОСНОВЕ МИРОВОГО ОПЫТА	23
3. ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОРИЕНТИРОВАНИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ	77
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	96
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	98

ВВЕДЕНИЕ

Одним из приоритетных направлений развития образования в Республике Казахстан, как и во всём мировом пространстве, является достижение 4-й Цели устойчивого развития по обеспечению всеохватного и справедливого качественного образования и поощрение возможности обучения на протяжении всей жизни для всех.

Задачи по обеспечению равного доступа к качественному образованию включены в основные программные документы страны, внесены необходимые изменения и дополнения в законодательные акты и нормативные документы. В связи с этим на первый план выходит личность ученика, поскольку успешность его социализации, удовлетворенность своей жизнью зависит от качественного образования, учитывающего индивидуальные возможности, способности и особые потребности обучающегося.

В настоящее время педагогам необходимо объективно взглянуть на успехи и вызовы современного мира и создавать действительно новую парадигму образования. При обучении современных детей очень важно с раннего возраста формировать глобальные навыки и желание учиться на протяжении всей жизни. В связи с этим целью образования является создание образовательного пространства, благоприятного для гармоничного становления и развития личности обучающегося, обладающего навыками широкого спектра.

В рамках реализации данных задач важно, чтобы школьная среда обеспечивала возможность всем детям, в том числе с поведенческими и специфическими трудностями в обучении, получить качественное образование, способствующее их готовности к полноценному участию в жизни общества.

В методических рекомендациях представлены характеристика психофизиологических особенностей детей с расстройствами аутистического спектра; сформулированы основные выводы и предложены рекомендации по включению в общеобразовательный процесс детей с поведенческими и специфическими трудностями в обучении, в том числе с расстройствами аутистического спектра.

Данная разработка нацелена на оказание методической поддержки администрации и педагогов школ в организации психолого-педагогического сопровождения обучающихся с расстройствами аутистического спектра, с целью их профессионального ориентирования и социализации, развития инклюзивной культуры в школьном сообществе [1].

1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Важнейшим компонентом в системе инклюзивного образования является учитель, поскольку в его ответственности находится контроль за тем, чтобы ученик с особыми образовательными потребностями следовал намеченной образовательной траектории. Эту траекторию учитель может также и корректировать, отталкиваясь от успехов или трудностей, проявляющихся у ученика в процессе обучения. Для реализации процесса обучения ребенка с особыми образовательными потребностями отношения между учеником и преподавателем должны быть спокойными, позитивно настроенными и доверительными. Это также определяет значительность роли учителя.

Однако и сейчас, как и на протяжении многих лет, преодоление неуспеваемости обучающихся является одной из важнейших задач теоретической и практической педагогики. Необходимо подчеркнуть, что данная педагогическая задача приобретает свои особенности в зависимости от многих факторов, в том числе социально-экономических условий в стране и обществе в целом.

По данным Министерства образования и науки РК на 01.01.2022г. зарегистрировано 175 082 детей и подростков с особыми образовательными потребностями среди 6 295 590 детского и подросткового населения. Согласно сведениям ПМПК страны к вышеуказанной дате в Казахстане всего выявлено 56534 детей и подростков с задержкой психического развития (32,3% от общего количества детей с ООП), 52699 (30,1%) детей с нарушениями речи, 21641 (12,4%) детей с легкой и умеренной умственной

отсталостью, 17550 (10%) детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, 8796 детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения (с аутизмом), что составляет 5% от общего количества детей с ООП, а также 7934 (4,5%) слабовидящих детей, 4079 (2,3%) слабослышащих детей, 3840 (2,2%) детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью, 1686 (1%) неслышащих и 320 (0,2%) незрячих детей. За этот же период по данным ПМПК зарегистрировано 1461 (0,8%) детей с кохлеарным имплантом и 3 детей со слепоглухотой.

Обучением, воспитанием по образовательным программам и коррекционно-педагогической поддержкой в организациях образования, здравоохранения, социальной защиты, общественных и частных организациях охвачено 170433 или 97,34% детей. По данным областных и городских ПМПК в 2021 г. в общеобразовательных школах обучается 48,6% детей с ООП (в 2020г. – 46,1%) [2].

Управление ситуацией требует социальных решений и во многом предполагает коллективную ответственность общества за проведение изменений окружающей среды, необходимых для полноценного участия лиц с ограничениями жизнедеятельности во всех сферах общественной жизни. Поэтому результатом данной позиции или идеологии будут социальные изменения, которые на политическом уровне становятся вопросом прав человека.

Следовательно, инклюзивное образование предполагает расширение миссии организации образования, состоящей в удовлетворении адекватным образом разнообразных образовательных потребностей всех учащихся.

В зависимости от характера и степени выраженности трудностей у обучающегося могут выявляться от одной до нескольких особых образовательных потребностей. Особые

образовательные потребности у школьников могут возникать на любом этапе получения образования [1].

Страны организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) рекомендуют рассматривать три группы причин, вызывающих трудности в учении у школьников, и как их следствие – особые образовательные потребности:

- нарушения развития ребенка;
- поведенческие и эмоциональные проблемы;
- неблагоприятные условия жизни (социальные, психологические, экономические, лингвистические и др. проблемы).

Особые образовательные потребности – это потребности в помощи и в услугах в учебном процессе, которые осуществляются психолого-педагогическими методами с целью обеспечения успешности в обучении каждого ученика.

Разные дети по-разному овладевают знаниями, умениями и навыками. Эти различия обусловлены тем, что каждый ребенок в силу специфических для него условий развития, как внешних, так и внутренних, обладает индивидуальными особенностями. Психофизиологические особенности детей, разные уровни их умственных способностей закономерно требуют для обеспечения эффективного обучения каждого ребенка или группы детей неодинаковых условий обучения [3].

Поскольку речь идет о психофизиологических основах поведенческих и специфических трудностей в обучении детей, необходимо сказать о том, что ученые, приверженцы нейропсихологического подхода, предлагают рассматривать проблему с точек зрения и учителя, и ученика и называть проблемы учителей «трудностями в обучении», а проблемы учеников «трудностями учения» [4]. Исследователи отмечают, что многим детям трудно учиться, но у части школьников эти проблемы приобретают

особый, трудно компенсируемый характер вследствие выраженной неравномерности развития психических функций и не могут быть преодолены без специальной коррекционной помощи. Это и есть дети с трудностями учения [4].

По мнению многих исследователей, школьная неуспеваемость является результатом тех трудностей, которые вовремя не были выявлены и скомпенсированы.

Вследствие недостаточного понимания закономерностей развития психических и физиологических процессов у детей в каждом возрастном периоде педагоги, школьные психологи и родители часто не могут вовремя заметить у ребенка проблемы с учением и не знают, как помочь их преодолеть. В школьной практике чаще всего предпринимаются безуспешные попытки исправить неудовлетворительный результат обучения, когда, прежде всего, требуется корригировать его причину.

Изучением причин и проявлений школьных трудностей также занимаются клиническая психология и медицина, объясняющие задержку в темпах психического развития минимальными мозговыми дисфункциями. Термин «минимальные мозговые дисфункции» (ММД) с 1960-х годов широко применяется зарубежными неврологами и психологами для обозначения легких форм церебральной патологии, имеющих стертую неврологическую симптоматику в виде задержки в темпах развития функциональных систем мозга. Многие психологи считают этот термин слишком широким, хотя в настоящее время происходит его дифференциация, в картине ММД выделяются отдельные синдромы, например СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью), специфические расстройства развития школьных навыков (дисграфия, дислексия, дискалькулия).

Большинство исследователей, изучая психофизиологические причины трудностей учения детей, выделяют две группы факторов: средовые (экзогенные) и биологические (эндогенные) [4].

При обобщении данных нейропсихологии, психофизиологии и педагогики из средовых факторов выделяют социокультурные, педагогические, экологические факторы, из биологических факторов: пре- и перинатальные патологии; инфекции, интоксикации в раннем детском возрасте, хронические заболевания; генетическую предрасположенность и наследственность; минимальные мозговые дисфункции, несформированность высших психических функций.

Обратимся к сведениям о здоровье детей, приведенным в Докладе о положении детей в Казахстане за 2020 год [5].

Анализ современной ситуации свидетельствует о стабильно неблагоприятной тенденции ухудшения состояния здоровья детей. Отмечаются существенное уменьшение доли здоровых детей при рождении, рост числа детей с инвалидностью с детства, больных с хронической патологией, основными причинами которых являются врожденные аномалии, заболевания нервной системы, психические расстройства.

Причинами такого положения являются социально-экономическая нестабильность в обществе, экологическая ситуация, неблагополучное санитарное состояние (условия и режим обучения, бытовые условия и т.д.), низкая медицинская активность, недостаточная профилактическая работа и пр. Несомненно, наметившаяся и сохраняющаяся тенденция к ухудшению показателей здоровья детей неизменно скажется в дальнейшем на качестве трудовых ресурсов, воспроизводстве будущих поколений. В этих

условиях укрепление здоровья детей – одна из важнейших задач государственной политики Казахстана...

С целью защиты прав детей с ограниченными возможностями развивается детская реабилитационная служба. В стране работают 34 реабилитационных центра, 3 из которых на республиканском уровне.

Новой парадигмой в системе детского здравоохранения должна стать социально-профилактическая направленность педиатрической службы с акцентами на предупреждение заболеваний, раннюю диагностику и вмешательство. Это позволит достигнуть улучшения неонатальных показателей, снижения заболеваемости и смертности детей. Реализация национальных реформ в сфере здравоохранения позволила за последние годы добиться определенных результатов.

Первичная заболеваемость и распространенность болезней среди детского и подросткового населения остаются стабильно высокими и имеют тенденцию незначительного роста. В 2020 году согласно оперативным данным МЗ РК профилактическим осмотрам подлежало 5 419 464 ребенка в возрасте от рождения до 17 лет (2019 г. – 4 668 815 детей). В Республике Казахстан в 2020 году профилактическими осмотрами в возрасте от 0 до 17 лет охвачено 4 412 280 детей, что составило 81,8% (таблица 6.6). В 2019 году осмотрено 94,0% детей (4 543 932). Таким образом, в 2020 году в сравнении с 2019 годом охват профилактическими осмотрами детского населения по РК снизился на 13,0%. Низкий удельный вес осмотренных детей обусловлен приостановлением оказания плановой медицинской помощи за счет введения чрезвычайного положения и карантинных мер на территории республики в связи с объявлением ВОЗ пандемии коронавирусной инфекции COVID-19.

По данным Республиканского центра электронного здравоохранения, за последние два года общая заболеваемость детей первого года жизни (в возрасте от рождения до 1 года) снизилась на 11,7% в 2020 году (1210,3 на 1000 детей в возрасте до 1 года) по сравнению с 1370,8 в 2019 году.

Несмотря на многочисленные программные документы, принятые в сфере здравоохранения, неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей остаются актуальными.

Проведенный анализ обеспечения прав ребенка на здоровье свидетельствует о необходимости кардинальных мер по формированию у детей и подростков здорового образа жизни, повышению эффективности действующих профилактических мероприятий, привлечения родителей, учителей, специалистов в области здравоохранения, общественности к реализации совместных мероприятий, обеспечения регулярного мониторинга подверженности детей поведенческим, социальным и экологическим рискам [5].

Безусловно, прямым следствием неблагоприятной картины состояния здоровья детей является увеличение числа школьников, испытывающих трудности в обучении. Болезнь ослабляет ребенка, ухудшает состояние его нервной системы. А для ослабленных, часто болеющих детей, как правило, характерны низкая, неустойчивая работоспособность, повышенная утомляемость, эти дети не могут сосредоточиться на выполнении задания, легко отвлекаются, что неизбежно ведет к целому комплексу трудностей в обучении, особенно на начальном этапе [4].

На разных этапах индивидуального развития организма и на разных этапах обучения в качестве основных причин трудностей учения выступают разные факторы. В критические периоды (начало обучения, период

полового созревания) наиболее значимы физиологические, психофизиологические факторы, состояние здоровья, в остальные периоды на первый план выходят психологические и социальные факторы. Многие специалисты указывают, что в ряде случаев наблюдается сочетанное влияние эндогенных и экзогенных факторов. Преобладание биологических или средовых факторов обуславливает различные по тяжести и возможностям компенсации проявления механизмов трудностей учения.

Разумеется, природные задатки не являются фатальным фактором. Социализация ребенка в обществе зависит от многих обстоятельств, в первую очередь, от действий взрослых. Правильное своевременное средовое воздействие, благоприятные окружающие условия не только способствуют интеллектуальному развитию, но и могут компенсировать физиологический ущерб, полученный в пре-, пери- и постнатальном периодах. Современные научные знания позволяют с уверенностью говорить, что ранняя социальная запущенность ведет не только к функциональным, но и функционально-органическим проблемам, и ход психического развития у таких детей может быть глубоко изменен.

Во многих публикациях причины задержки в темпах психического развития детей обозначаются термином «минимальные мозговые дисфункции» (ММД). Данный термин с 1960-х годов широко используется зарубежными неврологами и психологами применительно к легким формам церебральной патологии, имеющим стертую неврологическую симптоматику в виде задержки в темпах развития функциональных систем мозга [1].

Понятие ММД охватывает широкий спектр клинических проявлений: тревожность, инфантильное поведение, двигательную расторможенность, агрессивность, нарушения внимания, импульсивность,

раздражительность, функциональные нарушения ВПФ, расстройство сна, учебные трудности и многие другие симптомы. Психологи отмечают, что понятие «минимальные мозговые дисфункции» – слишком широкое и неопределенное, хотя в современных исследованиях наблюдается тенденция к дифференциации отдельных синдромов в картине ММД.

В международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) представлен целый ряд нарушений, обусловленных ММД.

В международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) представлен целый ряд нарушений, обусловленных ММД.

В рубрике F06 – другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, – приведены следующие патологические состояния: легкое когнитивное расстройство (F06.7); органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6).

В рубрике F80 – F89 – нарушения психологического развития – перечислены: специфические расстройства развития речи и языка (F80); специфические расстройства моторной функции (F82); специфические расстройства развития учебных навыков (F81). В последнем случае имеются в виду специфические нарушения чтения (дислексии), письма (дисграфии), арифметических навыков (дискалькулии) и т. д.

В рубрике F90 – F98 – эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, – указаны: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (F90); расстройства поведения (F91).

С нейрopsихологической точки зрения это означает, что в основе разных клинических форм нарушений

развития и поведения будут лежать разные сочетания пострадавших зон мозга или+ минимальных дисфункций.

В клинической практике у детей часто наблюдается сочетание симптомов, которые можно отнести не к одной, а к нескольким диагностическим рубрикам по классификации МКБ-10 [4].

МКБ-10 также включает типологию поведенческих расстройств с началом, характерным для детского и подросткового возраста:

F90 – гиперкинетические расстройства;

F91 – расстройства поведения;

F91.0 – расстройства поведения, ограничивающиеся семейным окружением;

F91.1 – несоциализированное расстройство поведения;

F91.2 – социализированное расстройство поведения;

F91.3 – оппозиционно-вызывающее поведение;

F91.8 – другие;

F91.9 – расстройство поведения, неуточненное;

F92 – смешанные расстройства поведения и эмоций;

F94 – расстройство социального функционирования;

F95 – тикозные расстройства;

F98.0 – неорганический энурез;

F98.1 – неорганический энкопрез;

F98.2 – расстройство питания в младенческом возрасте;

F98.3 – поедание несъедобного;

F98.4 – стереотипные двигательные расстройства;

F98.5 – заикание;

F98.6 – речь взхлеб.

Данные поведенческие расстройства диагностируются при наличии нескольких характерных симптомов, которые при этом должны сохраняться не менее 6 месяцев. Например, к расстройствам поведения относится повторяющееся и стойкое поведение, включающее следующие симптомы:

- 1) больной проявляет для своего возраста необычно частые или тяжелые вспышки гнева;
- 2) часто спорит со взрослыми;
- 3) часто активно отказывается выполнять требования взрослых или нарушает их правила;
- 4) часто намеренно делает вещи, которые досаждают другим людям;
- 5) часто обвиняет других в своих ошибках или поведении;
- 6) часто обидчив или ему легко досадить;
- 7) часто сердится или негодует;
- 8) часто злобен или мстителен;
- 9) часто обманывает или нарушает обещания с целью получения выгоды или уклонения от обязательств;
- 10) часто затевает драки (сюда не относятся драки с братьями и сестрами);
- 11) использовал оружие, которое способно причинить серьезный физический вред другим людям (например, клюшку, кирпич, разбитую бутылку, нож, огнестрельное оружие);
- 12) несмотря на запреты родителей часто затемно остается на улице (если начало отклонений – в возрасте до 13 лет);
- 13) проявляет физическую жестокость по отношению к другим людям (например, связывает жертву, наносит ей порезы, ожоги);
- 14) проявляет физическую жестокость по отношению к животным;
- 15) преднамеренно разрушает чужую собственность;
- 16) преднамеренно разводит огонь с риском или намерением причинить серьезный ущерб;
- 17) крадет ценные вещи из дома или других мест;
- 18) часто прогуливает школу;

19) убегал из дома по меньшей мере дважды или убегал один раз, но больше, чем на одну ночь (кроме случаев уклонения от насилия);

20) совершает преступления на виду у жертвы (включая выхватывание кошельков, вырывание сумок);

21) принуждает другого к половой деятельности;

22) частые проявления задиристого поведения (преднамеренное причинение боли, унижение, мучение);

23) проникает в чужие дома и автомобили.

Примечание. Для констатации симптомов 11, 13, 15, 16, 20, 21, 23 требуется хотя бы однократное их возникновение. Расстройство поведения диагностируется только в том случае, если оно не отвечает критериям других расстройств, таких, как диссоциальное расстройство личности, шизофрения, маниакальный эпизод, гиперкинетическое расстройство, депрессивный эпизод, эмоциональное расстройство [6].

Д.Н. Оудсхорн предлагает делить поведенческие расстройства в детском возрасте на гиперактивность и антисоциальное агрессивное (или оппозиционное) поведение. Для подросткового возраста характерны антисоциальное (делинквентное) поведение, злоупотребление наркотиками, неприемлемое половое поведению. По мнению А.Е. Личко, также распространена классификация Р. Дженкинс, которая включает 7 видов нарушений поведения в детском и подростковом возрасте: гиперкинетическая реакция, реакция ухода, реакция аутистического типа, реакция тревоги, реакция бегства, «несоциализированная агрессивность», групповые правонарушения [6].

Остановимся более подробно на признаках аутистического развития, известного многим как **синдром раннего детского аутизма**, которое оформляется к 2,5-3 годам. К этому возрасту психическое развитие ребенка

имеет уже выраженные черты искаженности [7], нарушения носят всепроникающий характер и проявляются в особенностях моторного, речевого, интеллектуального развития.

В настоящее время становится ясным то, что искажение психического развития связано, прежде всего, с общим нарушением возможности ребенка вступать в активное взаимодействие с окружающим. Такое нарушение является закономерным результатом трудностей становления уже на первом году жизни основных аффективных механизмов, формирующих и поведение, и само мироощущение ребенка [8]. Они развиваются скорее в целях защиты и ограждения малыша от контактов с миром.

Традиционно наиболее явные черты уже сложившегося синдрома детского аутизма определяются следующим образом:

- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;
- стереотипность в поведении проявляется как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших его изменений; как наличие в поведении ребенка однообразных действий – моторных (раскачивания, прыжки, постукивания и т.д.), речевых (произнесение одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр; пристрастий к одним и тем же объектам; стереотипных интересов, которые отражаются в разговорах на одну и ту же тему, в одних и тех же рисунках;
- совершенно особые нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица), суть которых – нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации;

- всеми исследователями подчеркивается, что детский аутизм – это прежде всего вызванное особыми биологическими причинами нарушение психического развития, которое проявляется очень рано.

Аутизм как отдельный синдром был выделен в середине 20 века, и тогда же стали появляться первые методики, направленные на его преодоление. В конце 20 века с увеличением количества детей с атипичными формами аутизма получил распространение термин расстройства аутистического спектра (РАС), который объединил группу нарушений, сходных по симптоматике. Аутизм является тяжёлой формой патологии развития, характеризующейся нарушениями социальных, коммуникативных и речевых функций, а также наличием нетипичных интересов и форм поведения. Наиболее ярко РАС проявляется в возрасте 3–5 лет. До этого проявления стерты, малодифференцированы. Позже (особенно после 10 лет) симптоматика сглаживается или переходит в какую-либо клиническую форму и на первый план выступает социальная неприспособленность ребёнка [9].

В соматическом состоянии детей с РАС преобладают астенический тип телосложения, хрупкость черт лица, тонкость кистей и стоп. Симптоматика крайне разнообразна. Первоначально родители обращают внимание на затруднения в принятии младенцем естественной, комфортной позы, отсутствие фиксации взгляда на лице матери, затруднения в различении выражения лица близких, грубые нарушения «привязанности», полярное отношение к уходу, нарушения социального взаимодействия.

В дальнейшем у ребенка чаще всего развиваются ограниченные, повторяющиеся формы поведения (стереотипии), часто присутствуют многочисленные страхи, аутистические фантазии, наблюдаются

значительные качественные нарушения моторики. Ярко выступают нарушения речевой системы, которые могут проявляться в спектре от полного отсутствия речи до нарушения коммуникативной функции при формально правильном речевом развитии. Серьезно страдают все психические процессы – искажено восприятие, своеобразно развитие мышления (интеллект часто снижен, нарушена символизация, понимание логики связей и отношений, существует точка зрения, что для аутизма характерна своя теория мышления). Значительно страдает поведение, что проявляется в негативизме, деструктивном поведении, агрессивности, нарушении чувства самосохранения. Все эти явления возрастают при неадекватном подходе к ребёнку и, наоборот, уменьшаются при выборе доступных для него форм взаимодействия [1].

По МКБ-10 – аутизм относится к общим (первазивным) расстройствам развития, при которых затронута вся психика в целом. В данной классификации выделены диагностические критерии детского аутизма, атипичного аутизма, синдрома Ретта, синдрома Аспергера. В России также распространена классификация О.С. Никольской, которая дифференцирует детей в соответствии с глубиной аутизма и степенью искажения психического развития. Критерии деления отражают доступность ребенку способов взаимодействия со средой и людьми, а также степень и глубину защитных реакций. О.С. Никольская выделяет 4 группы аутизма на основе вторичных поведенческих образований. В данной классификации аутизм выступает как:

- Полная отрешенность от происходящего, отрешённость от внешней среды;
- Активное отвержение;
- Захваченность аутистическими интересами;

- Трудность организации общения и взаимодействия, свертормозимость ребёнка окружающей его средой.

Эти 4 группы демонстрируют разный тип поведения, разные ступени взаимодействия со средой и людьми. При качественной коррекционной работе ребенок поднимается по этим ступеням, развивая более сложные и активные формы взаимодействия. При ухудшении, наоборот, происходит переход к более примитивным способам организации жизни.

На современном этапе в арсенале специалистов накопилось несколько десятков подходов, которые возможно применять в работе с аутичным ребенком, сочетая и комбинируя их между собой. Эффективность этих методов, их научность, а иногда и безопасность для ребенка значительно различаются. Большинство исследователей, занимающихся проблемами аутизма, разделяют все методики коррекции на основные и альтернативные.

Термин «альтернативные» означает, что при коррекции РАС эти методы являются вспомогательными. Они должны правильно сочетаться с основной методикой, по возможности, дополнять и обогащать ее. Кроме того, альтернативные методы не всегда имеют научное обоснование, их эффективность сугубо индивидуальна, не для всех детей они безопасны [9].

2. ОБЗОР МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ОСНОВЕ МИРОВОГО ОПЫТА

Расстройство аутистического спектра – одно из наиболее частых нарушений развития: по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), аутизм встречается примерно у 1% населения. Его принято считать клинической моделью искаженного психического развития, в основе которого лежит асинхрония: некоторые функции развиваются задержанно, тогда как другие – патологически ускоренно, в результате чего клиническая картина РАС становится исключительно полиморфной. Ситуация усугубляется тем, что не менее чем в 90% случаев РАС сочетаются с другими нарушениями развития: интеллектуальной недостаточностью (до 70-75%), эпилепсией (до 30-35% к 20-25 годам), синдромом дефицита внимания и гиперактивности (20-25%), детским церебральным параличом (до 5-20%), речевыми нарушениями и др. За рубежом попытки использовать традиционные методы общей и специальной педагогики в 1950-1960-е годы оказались неуспешными, также как попытки «вылечить» аутизм с помощью медикаментозной терапии. Начиная со второй половины 1960-х годов в США и некоторых странах Западной Европы появились специальные методы коррекции аутизма, стало развиваться образование детей с РАС [10].

Поскольку аутизм явление сложное и многогранное, в мире существует и применяется множество коррекционных методик для людей с аутизмом. Кроме того, аутизм является предметом активного изучения со стороны научного сообщества, и по мере получения новых результатов

разного рода исследований количество коррекционных методик естественным образом увеличивается.

Коррекционных методик для детей с РАС существует великое множество. В разных странах они применяются по-разному, но в целом они распределяются на несколько направлений, а именно:

1. поведенческие подходы;
2. развивающие подходы;
3. сенсорно-перцептивные подходы;
4. эклектичные подходы.

Рассмотрим основные подходы в обучении детей с поведенческими трудностями более детально [10].

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

АВА (Applied Behavior Analysis) – прикладной анализ поведения (США). Разработан коллективом авторов: Ivar Lovaas, Donald Baer, Sidney W. Bijou, Jim Hopkins, Jay Birnbrauer, Todd Risley, and Montrose Wolf [10].

Цель АВА – повышение уровня желаемого поведения и снижение уровня опасного или проблемного поведения, которое может мешать обучению и эффективному социальному взаимодействию. АВА-терапия используется для улучшения речевых и коммуникативных навыков, внимания, памяти и академических навыков.

Метод АВА сосредотачивается на стратегиях положительного подкрепления, которые представляют собой существенную поддержку детям, испытывающим трудности в обучении или приобретении новых навыков.

Также АВА-терапия занимается коррекцией проблемного поведения, которое мешает нормальному функционированию ребенка, посредством процесса, называемого «функциональная оценка поведения» [10].

VBA (The Verbal Behavior Approach) – вербально-поведенческий подход (США).

Построен на исследованиях, относящихся к сфере прикладного анализа поведения, и теории ученого-бихевиориста Б. Ф. Скиннера. VBA развивает способность ребенка учиться функциональной речи. С точки зрения подхода VBA, экспрессивная сторона речи включает:

1. навык выражения просьбы, который является наиболее важным навыком, т. к. его предваряет мотивация, а в итоге ребенок получает желаемое;

2. навык обозначения предметов: назвать то, что ребенок видит, слышит, обоняет, осязает, вкус чего чувствует;

3. подражательный навык – повторить услышанные слова (эхо);

4. интравербальный навык – это умение отвечать на вопросы.

Также вербально-поведенческий подход рассматривает невербальные навыки ребенка. Обучение начинается с освоения навыка выражения просьбы [10].

PRT (Pivotal Response Treatment) – обучение основным/ключевым навыкам/реакциям (США).

Методика PRT направлена на развитие мотивации, социальной инициативы, умение реагировать на несколько сигналов, самоуправление. В дальнейшем способствует облегчению восприятия учебной информации.

Основная цель PRT – развивать мотивацию реагирования у ребенка с РАС на сигналы и социальные взаимодействия, которые могут заменить ненадлежащее или атипичное поведение.

PRT обучает родителей использовать терапию в естественной среде ребенка. Естественные и целевые системы вознаграждения помогают родителям реализовать их со своим ребенком. PRT-терапевты взаимодействуют с детьми в игровой среде. Во время игры взрослый поощряет значимое социальное поведение. Поощрение всегда связано

с логикой ситуации. Например, на вопрос «Какого цвета?» ребёнок ответил «Жёлтый», и в качестве поощрения он получает жёлтый карандаш или фломастер, которым он может порисовать.

Эта терапия успешно применяется для работы с дошкольниками и младшими школьниками. Подходит для лиц с тяжелой степенью аутизма.

Разработчиками – Pivotal Response Treatment являются Роберт и Линн Когель из Калифорнийского университета, г. Санта Барбара.

За последние 30 лет Когель, совместно со своими аспирантами и коллегами, опубликовали более 200 научных статей в рецензируемых журналах, которые поддерживают эффективность PRT, и написали более 30 книг и руководств.

PRT зарегистрирован Национальным исследовательским советом как одно из десяти модельных программ для аутизма и является одним из четырех научно обоснованных практик для оказания воздействия на лиц с аутизмом в США (Simpson, 2005) [10].

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) – программа, позволяющая обучать детей с аутизмом и детей с особыми потребностями (США).

TEACCH – это методика структурированного обучения с особым вниманием к среде. Основные цели обучения:

1. максимально развить независимость ребенка;
2. помочь ребенку эффективно взаимодействовать с другими;
3. увеличивать и развивать интеллектуальные навыки, школьные умения и индивидуальные способности;
4. стимулировать генерализацию навыков (все новые навыки, которые ребенок может максимально часто и

эффективно использовать в разных ситуациях дома, в саду, школе);

5. развивать чувство собственного «Я», понимания себя (развитие эмоциональной сферы).

Работа с детьми проводится в следующих сферах: имитация; восприятие; крупная и мелкая моторика; координация глаз и рук; элементарная познавательная деятельность; речь; самообслуживание; социальные отношения. Основная возрастная группа – от 3–14 лет (с речевым развитием, соответствующим 5-летнему возрасту) [10].

РАЗВИВАЮЩИЕ ПОДХОДЫ

DIR Floortime (США)

Автор: Стэнли Гринспен

Методика Floortime, разработанная Стэнли Гринспеном, подразумевает следование инициативе ребенка в игре и социальном взаимодействии. Концепция DIR и методика Floortime базируются на предположении о том, что, работая с эмоциональными, или аффективными, проявлениями, мы можем благотворно влиять на базовые способности, ответственные за отношения, мышление и общение.

Флортайм – метод семейной психотерапии. На встречу с психологом приходит тот, кто больше времени проводит с ребенком. На сеанс приглашают братьев (сестер), если у ребенка есть трудности в общении с ними. Терапию начинают с самыми маленькими детьми (до года), проводят с подростками и со взрослыми (в этом случае вместо игры проводится специально построенная беседа [10].

Son-Rise (США)

Авторы: супруги Барри и Самария Кауфманы, которые разработали этот подход для своего сына Рона с аутизмом.

Суть подхода заключается в создании комфортной для ребенка окружающей среды, включающей как позитивное психологическое отношение к нему со стороны близких людей и готовность вступать с ним в контакт в соответствии с его потребностями, интересами, так и организацию пространства, способствующего постепенному, последовательному развитию исследовательской и познавательной активности ребенка.

Цель программы – изменение отношения родителей к своему ребенку с негативного на позитивное, которое способно изменить его самого. Основу подхода составляет положение о необходимости принять собственного ребенка таким, каков он есть, чтобы общение с ним приносило радость и удовлетворение.

Что даёт программа Son-Rise:

- создаёт тёплый, интерактивный контакт родителя с ребёнком.
- реализует эффективное образование.
- помогает ребёнку преодолеть стереотипное поведение.
- помогает избавиться от сложного поведения в виде истерик и самоагрессии.
- помогает мотивировать ребёнка к обучению и насладиться обучением.
- подталкивает к развитию речи и имитации.
- дарит надежду и оптимизм.

Считается, что присоединение взрослого к стереотипному поведению ребенка даёт ключ к пониманию такого поведения. Это облегчает установление зрительного контакта, развивает взаимодействие и даёт возможность

включиться в игру ребенка. То есть, здесь взрослый не разбивает аутичный мир ребёнка, а как бы присоединяется к нему, даёт аутичным действиям новое понимание и осмысленность.

В основе обучения и освоения навыков лежит опора на собственную мотивацию ребенка. Обучение через игру приводит по мнению сторонников этой методики к эффективному и осмысленному взаимодействию и коммуникации.

Важное значение имеет организация пространства. Основные условия его организации на начальном этапе — минимализм и концентрация на интересах ребенка.

Окружающая среда ребенка — это игровая комната с минимальным количеством стимулов, предметов, интересных для него. Таким образом, обеспечивается комфортная, безопасная обстановка. Близкие взрослые по очереди находятся с ребенком в игровой комнате, занимая выжидательную позицию, проявляя интерес к его действиям, следуя за его инициативой и вовлекаясь в его деятельность (включая любые стереотипы, аутостимуляции). При этом исключаются любые способы навязывания собственных интересов. Например, ребёнок фанатично стучит по всем предметам, ему не только это разрешается, но и даются дополнительные предметы, предлагается новый опыт — постучи молоточком, погремушкой, трубочкой и т.д.

Проявление такого «уважения» стимулирует ребенка к взаимодействию со взрослым. По мере того, как у ребенка формируются контакты и привязанности к близким людям, инициатива может переходить к взрослым людям. Таким образом, работа строится поэтапно: от самостоятельной стереотипной деятельности, основанной на собственных интересах ребенка, к простейшим формам опосредованного взаимодействия с матерью и другими близкими, а затем —

к более сложным формам общения с более широким кругом людей; от ограниченного пространства и минимального количества внешних сенсорных стимулов — к постепенному расширению среды и насыщению ее стимулами. Методика является социально-направленной, так как предусматривает вовлечение в общение с ребенком как самых близких людей, так и обученных специалистов и единомышленников программы. Одновременно она требует полной самоотдачи кого-то из близких и педагога, так как ребёнок не должен ни секунды находиться вне контроля взрослого, и подключение к деятельности ребёнка производится постоянно. Ребёнок всегда ждёт инициативы со стороны второго участника общения.

Данная методика не подходит для коррекции сложных расстройств аутистического спектра и для коррекции детей старше пяти лет. Она также не применима к детям, имеющим ярко выраженные аффективные всплески [10].

DLT (Daily Life Therapy) – ежедневная жизненная терапия (Япония, США).

Автор: Кийо Китахара.

Подход DLT основан на восточной философии и, в отличие от многих других подходов, концентрируется на групповом взаимодействии, а не на интенсивном индивидуальном обучении.

Главная цель этого подхода – сформировать у детей необходимые навыки для повседневной жизни, в т.ч. коммуникативные.

Обучение адаптивному поведению и коррекция дезадаптивного поведения осуществляются при помощи физических нагрузок, эмоциональной регуляции и обучения академическим навыкам в группе. Физические нагрузки обеспечиваются в ходе совместных физкультурно-оздоровительных мероприятий, выполнения физических упражнений.

Эмоциональная регуляция и стабилизация осуществляется через искусство, групповые музыкальные занятия. Занятия имеют четкую, структурированную форму, обучение проводится на основе подражания и синхронизированной деятельности.

В школе проводятся массовые детские праздники, мероприятия. Программа базируется на «трёх столпах»: физической выносливости, эмоциональной стабильности и интеллектуальной стимуляции, которые предоставляют множество возможностей для роста, таких как осознание тела, самоконтроль, социальное развитие, стабилизация настроения или успеваемость [10].

Эмоционально-смысловой подход к коррекции РАС (Российская Федерация)

Эмоционально-смысловой подход к коррекции расстройств аутистического спектра разработан специалистами Института коррекционной педагогики Российской Академии Образования (РАО).

Эмоционально-смысловой подход основан на исследованиях, выявивших специфику психического дизонтогенеза при аутизме, и нацелен на нормализацию аффективного развития ребёнка с РАС.

Этот подход является смысловым, потому что его основная задача – накопление и осмысленное упорядочивание индивидуального аффективного опыта ребенка, который сможет стать опорой для развития его активных и дифференцированных отношений с окружением. Он также назван эмоциональным, потому что основное средство помощи ребенку в рамках этого подхода – совместное проживание и эмоциональное осмысление происходящего.

Подход предполагает установление эмоционального контакта с ребенком и вовлечение его во взаимодействие с совместным проживанием и осмыслением происходящего.

Развитие в эмоциональной общности с близким взрослым позволяет ребенку стать более выносливым, активным и заинтересованным, совместное осмысление и организация жизненного опыта дает ему большую свободу и конструктивность в контактах с окружением, открывает возможность продвижения в развитии когнитивной сферы [10].

RDI (Relationship Development Intervention) – методика развития взаимодействия / межличностных отношений (США).

Авторы: Стивен Гатстин и Рашель Шили (штат Техас).

RDI – метод поведенческой терапии, основанный на мотивации ребенка к общению, взаимодействию и дружбе.

Подход базируется на исследованиях человеческого мозга, подтверждающих, что мозг способен адаптироваться к любой проблеме. Люди с ограниченными возможностями могут адаптироваться и учиться функционировать «нормальным» способом.

Цель методики RDI – пройти поэтапный ускоренный путь развития нормально развивающегося ребенка.

Специалисты RDI формируют у ребенка такой опыт взаимодействия, при котором люди связаны между собой для создания общих, совместных событий.

Программы RDI обучают родителей, как вести своего ребенка, искать и добиваться успеха в ответных взаимоотношениях, одновременно рассматривая ключевые аспекты, такие как мотивация, общение, эмоциональное регулирование, эпизодическая память, быстрое смещение внимания, самосознание, оценка, исполнительное функционирование, гибкое мышление и творческое решение проблем.

RDI позволяет со временем совершать нейрокогнитивные изменения, которые дают человеку навыки, необходимые для самостоятельного решения

жизненных задач. Развив эту способность к динамичному мышлению, человек получает возможность повысить качество жизни: общаться, дружить, приобрести уверенность в себе, независимую жизнь, длительные отношения и значимую занятость [10].

СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНЫЕ ПОДХОДЫ

Ayres Sensory Integration – сенсорная интеграция (США).

Автор: Джин Айрес – трудотерапевт (Калифорния).

Метод направлен на стимуляцию работы органов чувств в условиях координации различных сенсорных систем.

Сенсорно-интегративная терапия представляет собой строго дозированную и четко построенную специфическую тренировку нарушенных функций в специально организованной терапевтической среде.

Наибольшую эффективность методика даёт при коррекции детей с синдромом Дауна, задержкой психоречевого развития (ЗПРР), ДЦП, аутизмом.

Она включает в себя теорию сенсорной интеграции, методику оценки уровня развития данной сферы и комплекс упражнений, которые используются в работе с пациентом. Метод сенсорной интеграции предполагает стимуляцию работы органов чувств в условиях координации различных сенсорных систем.

ASI базируется на следующих принципах:

– хорошая интеграция сенсорных ощущений необходима ребенку для успешного развития, адаптивного поведения, обучения, освоения новых навыков, продуктивного реагирования на трудности. В свою очередь, продуктивное реагирование на трудности и освоение новых навыков важны для развития интеграции сенсорных ощущений.

– организация сенсорного восприятия и эффективного взаимодействия с сенсорными стимулами способствует развитию детей и улучшению их поведения.

– содержание коррекционной программы и тип сенсорных ощущений, на которые будут направлены упражнения, зависят от результатов предварительной диагностики ребенка и от того, какие цели были сформулированы специалистом и клиентами на основании этих результатов.

– чем позитивнее настроен ребенок на занятия, чем выше его мотивация и заинтересованность, тем эффективнее будет действовать коррекционное воздействие.

– терапия основана преимущественно на игровых упражнениях, а выбор видов деятельности зависит от интересов и возможностей ребенка.

– при необходимости по поручению специалиста отдельные элементы программы выполняются клиентами самостоятельно дома.

– даже если установлено наличие нарушений интеграции сенсорных ощущений, не исключается возможность, что проблемы ребенка обусловлены в том числе и другими факторами, поэтому может потребоваться подключение и других видов коррекционного воздействия (например, сенсомоторная коррекция или психотерапия).

– эффективность коррекционной работы определяется тем, начал ли ребенок продуктивнее справляться с ранее непосильными ему жизненными задачами [10].

Томатис-терапия (Франция)

Авторы: Альфред Томатис – французский врач отоларинголог.

Томатис-терапия является средством стимуляции активности мозга путем использования полифонического

звучания музыкальных средств. На основе аудиограммы человека и за счёт того, что отфильтровываются определённые частоты (высокие, низкие или средние), составляются индивидуальные программы, которые позволяют развивать мозг, тренируя его посредством прослушивания музыки на определённых частотах.

Специальное устройство изменяет звучание, заставляя мозг активно работать. Наш мозг удивляется резкому изменению темпа музыки и запускает механизмы слухового внимания.

Во время тренировок звук проходит через специальное виброустройство (костная проводимость), которое направляет звук непосредственно во внутреннее ухо. Когда звук идёт два раза через воздух и через костную мембрану, вся звуковая система работает более активно, что позволяет улучшить восприятие.

Применение метода.

Спектр применения методики Томатис широкий: подготовка мозга вашего ребенка к изучению иностранного языка, преодоление тяжёлых задержек речевого и психоэмоционального развития, улучшение координации движений.

В Томатис-терапии важен индивидуальный подход. Прослушивать совершенно стандартные музыкальные записи не рационально. Главное – разработать индивидуальную систему аудиотренировок.

Принцип методики.

Ребенок или взрослый надевает беспроводные наушники, так называемые «электронные уши», в которых звучат специально обработанные музыкальные композиции. В основном это музыка Моцарта или григорианского хора, так как в ней много высоких частот. Пока звучит мелодия, человек может делать что угодно:

играть, рисовать, заниматься рукоделием и т. д. Занятие длится 1,5–2 часа.

Что же в это время происходит во внутреннем ухе?

Для передачи звука используются 2 пути: через кости черепа и воздух. Звуковой сигнал заранее обработан по методу Томатиса, для него характерна ритмичная смена звуковой частоты и интенсивности, поэтому он стимулирует мышцы внутреннего уха, активируя при этом моторные и слуховые функции.

1. Сначала звук попадает на барабанную перепонку.

2. Проходя по верхней кости черепа, звук заставляет мышцы стремечка и молоточка сокращаться и расслабляться.

3. Эти колебания приводят в движение улитку и вестибулярную мембрану. Они перерабатывают звуковой сигнал в электрический и передают его дальше в слуховой центр мозга. Здесь большое значение имеет ритм звукового сигнала, так как вестибулярная мембрана очень чувствительна к положению тела и отвечает за равновесие и чувство ритма.

В каждом конкретном случае характеристики звукового сигнала, передаваемого через «электронные уши», подбираются индивидуально, в зависимости от нарушений, которые необходимо корректировать [10].

ЭКЛЕКТИЧНЫЕ ПОДХОДЫ

SCERTS (США)

Авторы: Барри М. Призант, Эми М. Уэзерби, Эмили Рубин и Эми Лоран.

SCERTS – это образовательная модель для работы с детьми с РАС и их семьями. Она содержит конкретные рекомендации, направленные на то, чтобы помочь ребенку стать компетентным и уверенным социальным коммуникатором, одновременно предотвращая проблемы

поведения, которые мешают его обучению и развитию отношений. Данный метод также призван помочь семьям, преподавателям и терапевтам работать совместно, тщательно скоординированным образом, чтобы добиться максимального прогресса в поддержке ребенка.

Аббревиатура «SCERTS» включает начальные буквы терминов, обозначающих основные направления метода:

SK – социальная коммуникация: развитие спонтанной, функциональной коммуникации, эмоционального выражения, безопасных и доверительных отношений с детьми и взрослыми;

ER – эмоциональное регулирование: развитие способности поддерживать хорошо отрегулированное эмоциональное состояние, чтобы справляться с повседневным стрессом и быть наиболее доступным для обучения и взаимодействия;

TS – транзакционная поддержка: разработка и внедрение поддержки, помогающей партнерам реагировать на потребности и интересы ребенка, изменять и адаптировать среду, а также предоставлять инструменты для повышения уровня обучения (например, обмен изображениями, письменные графики и сенсорная поддержка) [10].

The Miller Method – метод Миллера (США)

Автор: Арнольд Миллер

Метод основывается на «когнитивно-развивающем системном подходе к детям с РАС». Метод Миллера – это система, которая учитывает потребности в развитии у детей с РАС и имеет четыре основных цели:

- оценивает адаптивные признаки нарушенного детского поведения;
- предполагает перевод нарушенного поведения в функционально активное;
- делает попытки расширять опыт взаимодействия и выводить детей из замкнутого образа жизни (жизни в

одиночестве или в ближайшем кругу, например, только с родителями) в активное социальное взаимодействие;

- предлагает специалистам и родителям способы и системные подходы, которые помогают детям, имеющим аутизм и связанные с ним нарушения, в обучении чтению, письму, понятию числа, символическим играм и развитию обычной деятельности в школьном классе.

Метод Миллера использует две основные стратегии, направленные на процесс развития: одна включает в себя трансформацию поведенческих систем, отклоняющихся от нормы, в функциональное поведение; другая стратегия – это систематическое, регулярное использование в процессе развивающих занятий определенных видов деятельности с участием объектов и людей [10].

Программы и методики для детей школьного возраста и для детей с высокофункциональным аутизмом

«Navigating the Social World» - «Ориентация в социальном мире» (Англия)

Автор: Дженет Мак Афи (Jeanette McAffe)

Программа разработана преимущественно для работы с людьми с синдромом Аспергера, высокофункциональным аутизмом. Программа направлена на развитие социальных навыков, навыков использования образной речи, навыков следования инструкциям и саморегуляции. Также программа направлена на распознавание и воспроизведение эмоций, развитие организационных навыков.

Основной принцип, заложенный в программе: цели разбиваются на небольшие подцели, или задачи. Программа включает в себя техники из: прикладной поведенческой терапии, когнитивно-бихевиоральной терапии, трудотерапии и других. Базовая программа разбита на 20 блоков, каждый из которых нацелен на выработку определенного навыка. Блок может длиться от месяца до

года. Основной акцент делается на генерализацию навыка в применении в бытовой ситуации, проработке навыка совместно со специалистом и родителями [10].

Программа «Обучение детей с синдромом детского аутизма пониманию другого человека» - Teaching children with Autism to Mind Read

Авторы: P.Howlin, S.Baron-Cohen, J.Hadwin (Англия)

Данная программа направлена на формирование понимания эмоций и причин эмоций, понимания механизмов получения информации и развитие игровой деятельности [10].

Научи меня говорить (Teach Me Language) (Канада)

Коллектив авторов: Сабрина Фриман, Лорелей Дейк (Канада)

Программа позволяет осуществить формирование навыков социальной речи, знаний и представлений об окружающем мире, грамматического и синтаксического строя речи, формирование учебных навыков.

Программа по обучению речи, разработана для детей с аутизмом, синдромом Аспергера и другими общими расстройствами развития. Включает в себя обучающие и тренировочные упражнения, которые направлены на преодоление речевых трудностей у детей с общими расстройствами развития. адресована специалистам и родителям, основана на принципах коррекционной логопедической работы с учетом особенностей детей с РАС, синдромом Аспергера и другими нарушениями развития. Представляет собой практическое руководство для специалистов и родителей, включающее 400 страниц рекомендаций, объяснений, примеров, речевых игр для преодоления речевых трудностей у детей с нарушениями развития. Основные рубрики включают: развитие коммуникативной речи, расширение словаря и общих

знаний, грамматику, синтаксис, письменную речь. Материал подается с опорой на наглядность, т.е. предполагается, что дети, занимающиеся по этой методике, лучше воспринимают зрительную информацию, чем слуховую. Методика для детей, готовых работать за партой. Начинать работать по методике хорошо тогда, когда ребенок уже научился односоставному или двусоставному предложению и умеет отвечать на простейшие вопросы «что это?», «кто это?», «где?» и др. Для невербальных детей, методика может быть действенной, если они используют систему обмена изображениями, планшет или язык жестов на достаточно хорошем уровне. Упражнения, предлагаемые в методике «Научи меня говорить» помогают ребенку перейти от простой к более сложной фразе, вести несложную беседу [10].

Программы и методики для неговорящих детей с расстройствами аутистического спектра

Picture exchange communication system - PECS (коммуникационная система обмена изображениями) (США)

PECS разработана в 1985 году по программе Делавэр Аутизма Лори Фрост и Энди Бонди.

Целью PECS является формирование у детей базовых коммуникативных навыков. Используя различные способы усиления мотивации, PECS обеспечивает возможность быстрого развития спонтанной коммуникации.

На начальном этапе обучение осуществляется при помощи 2-х взрослых. Сначала определяются наиболее сильные факторы мотивации (например, еда, напиток, любимая игрушка или вид деятельности ребенка). Затем подготавливается карточка с изображением соответствующего объекта. Один взрослый показывает ребенку желаемый предмет. Как только ребенок дотягивается до него, второй взрослый помогает ребенку

подхватить обозначающую карточку и вложить ее в руку другого взрослого. Никакие вербальные подсказки не используются, но ребенка много хвалят, когда он дает карточку, и ребенок получает желаемый предмет. После нескольких подобных обменов, ребенок начинает понимать его смысл. Когда ребенок осваивает первый навык, задание усложняется. Добавляются другие карточки, в т.ч. с текстом (например, «Я хочу»), уменьшается помощь.

Обучение ребёнка с помощью PECS происходит в повседневной среде: дома, в школе, на прогулке и т.д. Используется 6 фаз системы обмена карточками:

PECS PHASE I: как связаться. Ребенок с аутизмом учится обмениваться отдельными фотографиями на предметы или мероприятия, которые они действительно хотят получить.

PECS PHASE II: расстояние и стойкость. Все еще используя одиночные снимки, ребенок с аутизмом учится обобщать этот новый навык, используя его в разных местах, с разными людьми и на разных расстояниях. Детей с аутизмом также учат быть более стойкими коммуникаторами.

PECS PHASE III: Дискриминация изображения. Ребенок с аутизмом учится выбирать из двух или более картин, чтобы просить их любимые вещи. Они помещаются в альбом со специальными полосками на липучке, где карточки хранятся и легко извлекаются для связи.

PECS PHASE IV: Структура предложений.

Ребенок с аутизмом учится строить простые предложения на съемной полосе предложения, используя изображение «Я хочу», за которым следует изображение запрашиваемого предмета.

PECS PHASE V: ответы на вопросы. Ребенок с аутизмом учится использовать PECS для ответа на вопрос: «Чего вы хотите?»

PECS PHASE VI: Комментирование. Теперь ребенка с аутизмом учат комментировать в ответ на такие вопросы, как: «Что вы видите?», что вы слышите? Что это? Они учатся составлять предложения, начиная с того, что я вижу, я слышу, я чувствую, это и т. д. [10].

Опыт США

До 1970-х годов сопровождение людей с состояниями, входящими в спектр аутизма, зачастую ограничивалось помещением их в специализированные учреждения закрытого типа и помощью в пределах семьи. Школы не были обязаны принимать детей с особенностями развития и по приблизительным современным оценкам лишь около 20% детей с аутизмом и другими нарушениями развития учились в массовых школах. Специально разработанные для людей с аутизмом программы помощи ограничивались несколькими локальными инициативами родителей и университетских исследователей.

Примером проекта, распространяющегося на один штат, стала «Программа лечения и обучения детей с аутизмом и другими недостатками общения», основанная в 1972 году в Северной Каролине. В этом штате до сих пор функционируют один из наиболее известных центров помощи и подготовки специалистов так называемого эклектичного подхода, который включает в себя применение специально разработанных материалов для структурированного обучения и интенсивную работу с родителями [11].

Несколько центров были созданы с внедрением технологий поведенческого анализа, среди них «Молодежный проект аутизма» Университета Калифорнии в Лос-Анджелесе (1970), использующий метод интенсивных индивидуальных занятий в объеме 40 часов в неделю в течение 2-3 лет. Кроме того, в 70-80-е годы были разработаны поведенческие методы, использующие более

естественный подход к обучению, например, «Метод обучения опорным навыкам» и «Метод случайного обучения». В 1981 году была предложена «Денверская модель раннего начала», которая учитывает принципы развития детей и активно применяется в раннем возрасте [11].

В 1980 году аутизм был включен в Диагностическое и статистическое руководство Американской психиатрической ассоциации, что значительно повысило осознание проблемы специалистами и обществом.

В 1975 году был принят Акт об образовании для всех детей-инвалидов (закон 94-142), который гарантировал право любого ребенка на бесплатное адекватное обучение в наиболее благоприятной (ненасильственной) среде. В настоящее время этот закон ратифицирован всеми штатами и с 1990 года действует под названием «Акт об образовании лиц с ограниченными возможностями в развитии» (последняя редакция 2004 года). Согласно акту, каждый житель США должен получать бесплатное раннее воздействие, образование и все сопутствующие услуги до 21-летнего возраста. В законе есть специальное упоминание об аутизме.

Для людей более старшего возраста и детей с РАС, которые по каким-либо причинам не попадают под действия акта об образовании инвалидов (например, нет необходимости в создании специальных условий обучения для того, чтобы ребенок успешно переходил из класса в класс), действуют Акт об американцах с ограниченными возможностями в развитии и 504 параграф акта о реабилитации, которые запрещают дискриминацию по инвалидности и гарантируют одинаковый для всех доступ к услугам, в том числе образовательным. Согласно этим законам, могут быть осуществлены такие модификации обучения, как изменения в учебной программе, организация

транспорта, приоритет в выборе места в классе и разрешение приходить в школу и уходить из школы раньше или позже, чтобы избежать большого скопления людей. Эти законы также запрещают наказывать ребенка за поведение, если оно вызвано особенностями его состояния (например, наказывать ребенка с повышенной чувствительностью к звукам за самовольный уход из класса во время учебной тревоги с включением сирены). Однако, школы обязаны самостоятельно выявлять потребности и обеспечивать особые условия только для детей, обучение которых регулируется Актом об образовании лиц с ограниченными возможностями.

Наиболее распространенными психолого-педагогическими методиками, применяемыми в США стали прикладной поведенческий анализ (applied behavioral analysis, АВА), часто называемый в Европе «оперантной терапией», и ТЕАССН (treatment and education of autistic children and children with relative communicative handicap). Появление этих методов положило начало развитию современных систем помощи детям с аутизмом сначала в Северной Америке и Западной Европе, позднее в других частях света. Оба эти подхода относят к поведенческой терапии, однако они существенно различаются в постановке целей и задач коррекции, ролевыми характеристиками педагога (психолога) и ученика, многими методическими аспектами и организационной структурой.

В АВА ставится задача максимально возможной социальной адаптации (семья; образовательные учреждения: школа, колледж; производство; общественные места: транспорт, магазины, банки, учреждения культуры и т.д.; при необходимости – учреждения социальной защиты и т.д.), что должно достигаться через овладение как можно большим числом навыков (опрятности, самообслуживания, общения, речи, учебных, профессиональных и т.д.) на

основе интенсивного применения (до 35-40 часов в неделю) методов оперантного обусловливания. В коррекционной работе внутренние особенности психики детей с аутизмом в некоторой степени учитываются, однако основная, решающая роль в формировании социально приемлемого поведения отводится внешним факторам – организованным в мотивирующую систему различным видам стимулов (запускающих, помогающих вызвать требуемую реакцию, подкрепляющих).

АВА – наиболее эффективный из современных методов коррекции детского аутизма, причем достоверность этой оценки обусловлена спецификой метода, сориентированного на количественную оценку поведенческих проявлений. АВА распространен во многих штатах США, Норвегии, Швеции, Польше, Израиле, Южной Корее и многих других странах. На АВА в первую очередь сориентирована принятая в 2004 г. федеральная программа развития обучения и воспитания детей с аутизмом США.

К недостаткам АВА относится несколько механистический, «роботообразный» характер навыков у многих воспитанников, трудность генерализации навыков (что, впрочем, свойственно не только АВА), неприменимость в случаях аутизма процессуального генеза или при выраженной сензитивности ребенка. У части родителей и специалистов не встречается понимания директивный характер метода.

Широкое распространение АВА ограничено также его высокой стоимостью (в 3-4 раза больше, чем обучение ребенка с нормативным психическим развитием), однако, как показывают расчеты, при квалифицированном использовании АВА за счет снижения процента лиц с инвалидностью и уменьшения числа нуждающихся в постоянном пожизненном уходе в условиях специальных

интернатов государство экономит за 50-60 лет до 1 миллиона долларов в среднем на каждого человека с аутизмом.

В рамках ТЕАССН проведены наиболее фундаментальные исследования особенностей психики детей с аутизмом. Выявленные нарушения расценены как очень серьезные и труднопреодолимые, достижение удовлетворительной социальной адаптации считается маловероятным, поэтому коррекционная работа направлена как на формирование различных навыков (в основном посредством механического научения), так и на структурирование окружающей среды и времени. Результат коррекции в типичном случае – «свободная и независимая жизнь» в специально организованной среде, переход к самостоятельной жизни в реальном обществе происходит редко.

ТЕАССН-программа распространена очень широко, является государственной в ряде штатов США и стран Западной Европы (Бельгия, Дания, Ирландия и др.).

Крупнейшим фондом в США является созданный в 2005 году Autism Speaks. Его основные функции – финансирование исследований в области аутизма и повышение информированности населения о РАС. Кроме того, он издает руководства для родителей и специалистов и недавно опубликовал видео-гlossарий, при помощи которого можно распознать ранние признаки РАС. Одной из старейших организаций является Общество аутизма. Появившееся в 1965 году по инициативе родителей детей с аутизмом, оно сейчас представлено 150 филиалами по всей стране и оказывает юридическую, информационную и организационную поддержку семьям и людям с РАС. Раз в квартал выходит журнал Autism Advocate. Также существуют несколько организаций представления собственных интересов, которые объединяют людей с РАС,

например, глобальное и региональное партнерство лиц с синдромом Аспергера [11].

Опыт Чехии

Официальный орган власти или институт, ответственный за разработку подходящего учебного плана для детей с РАС – Центр консультирования по социальной помощи для детей с особыми образовательными потребностями под руководством Министерства образования. Качество обучения различается, отмечаются как очень высокие стандарты, так и неудачные подходы к обучению. Имеет место низкая осведомленность об особенностях РАС и потребностях людей с данными психологическими характеристиками [11].

Опыт Великобритании

Официальным органом власти или институтом, ответственным за разработку подходящего учебного плана для детей с особыми образовательными потребностями являются местные органы образования под руководством Департамента образования [11]. В сфере образования существует нерешенные задачи относительно инклюзивного образования. Наблюдается недостаток квалифицированных кадров (очень низкие заработные платы не стимулируют развитие в данной области). Объединение родителей, созданное в 1962 году, переросло в Национальное Общество по Аутизму (NAS). Также на региональном уровне существуют небольшие объединения, предлагающие социальные услуги. С 2003 года действует Национальный план по аутизму.

Согласно современным статистическим данным, расстройства аутистического спектра выявлены более, чем у 700000 жителей Великобритании, т.е. примерно один человек из ста страдает данным нарушением развития.

В связи с этим активно развивается система комплексной помощи лицам с РАС. Ее формирование и

эффективное функционирование осуществляется благодаря совместным усилиям государства, государственных организаций, благотворительных общественных организаций.

Система помощи регламентируется и регулируется первой в Великобритании стратегией по поддержке людей с аутизмом – «Autism Act» (2009), Стратегией по аутизму (2010), государственной программой «Думай об аутизме» (2014).

В документе «Autism Act» содержатся предписания для правительства, местных властей, Национальной службы здравоохранения (NHS) и Министерства труда и пенсионного обеспечения. Стратегия «Autism Act» охватывает пять основных направлений деятельности:

- повышение уровня информированности населения об аутизме и проблемах людей с аутизмом;
- совершенствование механизма диагностики РАС;
- обеспечение людям с особенностями развития доступа к необходимым услугам и предоставление им возможности вести независимую жизнь;
- трудоустройство лиц с аутизмом;
- обеспечение партнеров на местах всем необходимым инструментарием для помощи таким людям. Оценка успешности реализации стратегии осуществляется Национальным обществом помощи лицам с РАС – National Autistic Society (NAS).

Стратегия по аутизму направлена на:

- обеспечение полноценной и плодотворной жизни;
- создание условий для обучения всех категорий специалистов по вопросам аутизма;
- создание местных комиссий по аутизму;
- улучшение планирования и предоставления услуг, в том числе вовлечение самих людей с аутизмом и их родителей/близких в этот процесс;

- улучшение доступа к диагностике;
- создание национальных, региональных и местных структур по улучшению доступа к службам помощи.

Государственная программа «Думай об аутизме» (2014) направлена на:

- обеспечение людям с РАС таких же возможностей, как и у неаутичных людей;
- осуществление подходящей поддержки для достижения своих целей;
- повышение информированности общества и государственных учреждений (включая полицию и пенитенциарную систему) путем проведения общественных кампаний.

Программа «Думай об аутизме» (2014) нацелена на:

- равноправное участие в сообществе;
- подходящую поддержку в нужное время на протяжении всей жизни;
- развитие навыков и независимости;
- получение работы в соответствии со способностями

[11].

Опыт Шотландии

Официальный орган власти или институт, ответственный за разработку подходящего учебного плана для детей с особыми образовательными потребностями – Департамент образования, однако учебный план может быть разработан при участии Департамента здравоохранения. Многие дети с РАС переводятся для лечения и развития в другие регионы из-за отсутствия специалистов и экспертных знаний в определенных районах [11].

Интересен опыт Шотландии по применению принципов инклюзивной педагогики, представленный Флориан и коллегами [26.1 L. Florian, K. Black-Hawkins и M. Rose (2017)], которые также могут быть применимы в

работе с детьми, имеющими поведенческие и специфические трудности в обучении.

Рамка для участия (The framework for participation)

Рамка для участия — это инструмент исследования, или методическое устройство, которые используют авторы ученые

L. Florian, K. Black-Hawkins и M. Rose (2017) в исследовании успеваемости и инклюзии в организациях образования Великобритании для структурирования сбора данных и их анализа, а также, для презентации данных исследования. Данная рамка развивалась в течение нескольких лет (Black-Hawkins, 2010, 2014). Её оригинальная версия изучала взаимоотношение между инклюзией и успеваемостью в школах, как в организациях, но вскоре она была адаптирована для изучения деталей этого взаимоотношения, как было продемонстрировано учителями на школьных уроках (Florian, K. Black-Hawkins, 2011).

Рамка изменила решения ученых об интервью (кого интервьюировать, что спрашивать), наблюдения (кого наблюдать, где, что записывать), о документационных/архивных ресурсах (что собирать) и статистические данные (что использовать). Она позволила ученым тщательно исследовать политику, практику, ежедневные взаимодействия, которые создают жизнь в любой школе, и изучить основные темы и проблемы, поднимаемыми учеными по теме инклюзии и успеваемости. В частности, ученые хотели изучить, как понимаются инклюзия и успеваемость, а также схожие понятия (специальные образовательные потребности, ограничения, социально-экономический статус, национальность и пол, также способность, успеваемость, стандарты, достижения, прогресс и т.д.) и как они понимаются широким кругом лиц в школе, последствия различных понятий. Таким

образом, ученые были заинтересованы в понимании членами школами понятий «такой же» и «другой» (Florian, 2007) и «большинство и некоторые, и все» (Florian, K. Black-Hawkins, 2011). Подробнее о Рамке для участия можно ознакомиться в Приложении 1.

Опыт Испании

Пилотный проект по выявлению случаев аутизма на ранней стадии с использованием М-CHAT (модифицированный скрининговый тест на аутизм) был запущен в нескольких регионах. Большая доля специализированных школ управляется группами родительской поддержки. Дети обучаются не только по государственным, но и по частным образовательным программам, а также в специализированных центрах дневного ухода. Существуют многочисленные ассоциации, две национальные федерации родителей детей с РАС. Все они автономные и независимые. Даже если они являются частью федерации, они самостоятельно собирают данные и формируют статистику [11].

Опыт Франции

Официальным органом власти или институтом, ответственным за разработку подходящего учебного плана для детей с особыми образовательными потребностями во Франции является «Maison Départementale des personnes handicapées» (Региональный центр по делам инвалидов) [60]. Для Франции характерна тенденция обучения детей с РАС в обычных общеобразовательных школах, если это представляется возможным. Существует 3 национальных объединения родителей детей с РАС: Autisme France, Sésame Autisme, Pro Aide Autisme.

После принятия во Франции в 2005 году «Закона о лицах с ограниченными возможностями в развитии», гарантировавшего равенство прав и возможностей для лиц с ОВЗ, и острой критики от Европейского Союза,

международных организаций и родительских ассоциаций в адрес Франции в отношении решения проблем аутизма на национальном уровне во Франции последовательно было принято три национальных Плана по аутизму (соответственно на периоды: 2005-2007, 2008-2010, 2013-2017). Основными причинами, послужившими началом этой работы на государственном уровне, были возросшее число случаев выявленных случаев аутизма, незнание граждан и медицинского персонала о проблемах аутизма. В результате реализации Первого плана по аутизму в каждом регионе страны было создано по одному Ресурсному центру по аутизму, решались проблемы подготовки кадров для инклюзивных классов, школьной интеграции для детей с РАС, вопросы просвещения родителей, семей и педагогов. Согласно второму плану по аутизму, министерству здравоохранения было поручено обобщить лучший международный, научно доказательный опыт в области практики работы с лицами РАС, создать 4100 мест приема детей и взрослых с РАС.

В результате реализации второго плана 25000 детей с РАС смогли обучаться в обычных школах. 2012 год был объявлен во Франции годом решения проблем аутизма. Министерство здравоохранения рекомендовало шире внедрять в практику международно признанные методики работы с детьми с РАС (АВА, Denver, ТЕАССН и др.), показавшие более 50% эффективности, при этом полностью исключив практику психоанализа при работе с детьми с РАС.

Третий план по решению проблем аутизма (2013-2017). О реализации третьего плана по аутизму было объявлено 2 мая 2013 года заместителем министра здравоохранения по делам лиц с ограниченными возможностями Мари-Арлетт Карлотти, предложившей десять неотложных мер для введения в практику до 2017

года, среди которых были такие меры, как введение всеобщей ранней диагностики в возрасте полутора лет по месту жительства, создание 700 мест для специального образования в дошкольных учреждениях с целью дальнейшей интеграции детей с аутизмом в обычные начальные школы [11].

Опыт Мальты

Установлен стандартизированный протокол раннего диагностирования РАС и обучения таких детей (STEP – Системная воспитательная и образовательная программа). На протяжении 6 недель происходит детальная оценка коммуникативных, речевых отклонений ребенка с РАС. Комиссия, состоящая из логопеда, трудотерапевта оценивает коммуникативное развитие, координацию движений, навыки самообслуживания ребенка. По истечению 6 недель производится встреча специалистов, врачей, педагогов и родителей, на которой разрабатывается индивидуальный план обучения.

В Государственном Образовательном Отделе существует Комиссия по утверждению особых образовательных потребностей, которая разрабатывает наиболее подходящий образовательный план для ребенка и ведет статистику о детях с РАС и их истории обучения (например, получали дополнительную поддержку в детских садах или нет).

Существует специальная программа EDEN, разработанная фондом EDEN. С 2002 года она была аккредитована Национальным обществом по аутизму Великобритании. Дети с посещают специальные занятия 1-2 раза в неделю, в вечернее время, специальные занятия, а также поддерживаются школой и местными общественными организациями. Данная программа субсидируется государством, но полностью не обеспечивается им. Она нацелена, прежде всего, на

инклюзивное обучение, поскольку большая часть детей с РАС посещает обычные школы. Только 0,4% детского населения посещает специализированные школы. 80% детей с РАС посещает обычные общеобразовательные школы. Сотрудники фонда EDEN посещают школы с целью контроля подходов к обучению и поддержке учеников с РАС [11].

Опыт Польши

Отсутствует официальный институт, разрабатывающий образовательную программу для детей с РАС. Имеется много случаев индивидуального домашнего обучения детей с РАС. Существует Национальная Ассоциация аутистов с 14 центрами по всей стране. Кроме этого, имеется много групп поддержки и объединений родителей детей с РАС – в целом, около 40. Однако между ними нет эффективного взаимодействия, отсутствует слаженность в работе. В итоге становится очевидным, что в Европе лишь небольшое число стран проявило интерес к исследованию организации обучения лиц с аутизмом, однако наиболее глубокий анализ был проведен в Великобритании [11].

Опыт Израиля

ALUT (Израильское общество помощи детям с аутизмом, по словам израильских коллег, аналог российского Фонда содействия решения проблем аутизма «Выход») планирует расширить услуги Центра аутизма для того, чтобы создать национальный центр качества, который будет предоставлять высококачественные услуги по диагностике, лечению, планированию и клиническим исследованием новых многообещающих методов лечения аутизма. Национальный центр аутизма будет предлагать возможности для удовлетворения комплексных потребностей детей с аутизмом. По мере того, как новые достижения в области изучения мозга, молекулярной

биологии, генетики, фармакологии и поведенческих наук будут обогащать наше понимание и подходы к аутизму, Центр будет обобщать знания из разных наук, чтобы проводить совместные исследования в различных научных учреждениях Израиля. Основная цель Центра – уникальная позиция, которая позволит получать преимущества исключительных экспертных компетенций научного сообщества и помогать исследователям из разных областей углублять знания об аутизме. Международное сотрудничество также является возможным и поощряется. Кроме того, Центр будет служить информационным ресурсом для оценки и лечения аутизма по всей стране [11].

Опыт Дании

В Дании раньше, чем где-либо (в 1920 г.), начали оказывать специализированную помощь лицам с аутизмом, и сейчас эта страна считается одной из самых передовых в этом отношении стран в Европе и мире. Из правительственных структур в оказании помощи лицам с аутизмом принимают прямое участие Министерство образования и Министерство социальной защиты. Министерство здравоохранения специально проблемой аутизма не занимается, и никаких особых программ по этому поводу в системе здравоохранения нет.

В ведении центральных структур находится только Центр аутизма, в составе которого знаменитая Sofienskole (37 воспитанников от 3 до 20 лет), ферма (15 воспитанников старше 18 лет), мастерские, два дома-интерната (один для относительно адаптированных, не нуждающихся в постоянной опеке взрослых, другой для взрослых с тяжелыми формами аутизма). Все остальные учреждения, оказывающие помощь лицам с аутизмом, находятся в подчинении округов (их в Дании 11). ЦА рассматривается как научный и методический центр по проблеме аутизма и его коррекции и оказывает все возможные виды помощи

другим учреждениям. Деятельность ЦА контролируется Советом Национальной аутистической ассоциации (НАА).

В каждом округе решение о создании или закрытии специального учреждения для детей с аутизмом или об объеме финансирования этих учреждений принимается комиссией, в которой кроме представителей местных управлений образования и социальной защиты участвуют члены муниципального совета и - в обязательном порядке - представители местной организации НАА; без подписи последних ни одно решение комиссии не может вступить в силу. Спектр учреждений для детей с аутизмом в каждом округе разный, это зависит от количества жителей и процента лиц с аутизмом, величины местного бюджета и активности специалистов и родителей. Например, в округе Сторстрём (при населении примерно 500 тыс. человек) около 800 лиц разного возраста с аутизмом, в том числе более 200 - детского и подросткового возраста. Специальной школы для детей с аутизмом в округе нет (таких школ в Дании всего 5), но есть 6 "школ- близнецов" (относительно автономное отделение для детей с аутизмом при массовой школе), в шести школах есть классы для детей с аутизмом, работают три детских сада с группами для детей с аутизмом, дома-интернаты для взрослых (4), мастерская и ферма (частная).

Описанная система работает устойчиво не только в связи с высоким жизненным уровнем страны, но в связи и с некоторыми другими особенностями, прежде всего с исключительно гуманным отношением к лицам с ограниченными возможностями, в том числе к людям с аутизмом. Считается, что нужно помогать человеку с аутизмом, но нельзя требовать от него больше, чем он может, так как это может обидеть его, ущемить его человеческое достоинство, нарушить его человеческие права. Поэтому стремление к максимальной реализации

всех возможностей воспитанника проявляется крайне осторожно, и, по мнению российских специалистов, нередко ставятся заниженные цели и задачи коррекционной работы. Такая позиция прекрасно вписывается в ТЕАССН – программу [11].

Опыт Швеции

Несколько иначе выглядит организация системы помощи детям с аутизмом в Швеции. Эта система здесь децентрализована (в каждом округе – по-своему) и очень плюралистична: предлагаются услуги в рамках множества подходов – от психоанализа и вальдорфской педагогики до АВА и ТЕАССН. В Северной Швеции (население 2 млн.) лицам с аутизмом оказывают помощь учреждения здравоохранения, социальной защиты населения, образования и общественная организация – Совет по опеке и обслуживанию умственно отсталых. Все эти (и некоторые другие) структуры выполняют те или иные функции в рамках единой программы, известной как «Абилитационная цепочка при аутизме».

Программа включает:

- первичный прием (общее обследование и диагностику);
- нейропсихиатрическое обследование;
- «кризисное вмешательство»;
- работу с семьей;
- практическую и финансовую поддержку семьи (включая группы семейной разгрузки);
- обучение родителей (включая специальные классы);
- физическое воспитание;
- фармакотерапию;
- психотерапию;
- поведенческую терапию;
- интегрированный подход (реализуется абилитационной командой) [11].

Опыт России

Расстройства аутистического спектра (РАС) – особый вид нарушения психического развития, который характеризуют качественные нарушения социального взаимодействия, качественные нарушения вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы интересов, поведения и видов деятельности. РАС – одно из наиболее частых нарушений развития: по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), аутизм встречается примерно у 1% населения. Его принято считать клинической моделью искаженного психического развития, в основе которого лежит асинхрония: некоторые функции развиваются задержанно, тогда как другие — патологически ускоренно, в результате чего клиническая картина РАС становится исключительно полиморфной. Ситуация усугубляется тем, что не менее чем в 90% случаев РАС сочетается с другими нарушениями развития: интеллектуальной недостаточностью (до 70–75%), эпилепсией (до 30–35% к 20–25 годам), синдромом дефицита внимания и гиперактивности (20–25%), детским церебральным параличом (до 5–20%), речевыми нарушениями и др. За рубежом попытки использовать традиционные методы общей и специальной педагогики в 1950—1960-е годы оказались неуспешными, также как попытки «вылечить» аутизм с помощью медикаментозной терапии. Начиная со второй половины 1960-х годов в США и некоторых странах Западной Европы появились специальные методы коррекции аутизма, стало развиваться образование детей с РАС.

В РФ становление образования обучающихся с РАС началось на 20–25 лет позднее и утверждено как самостоятельное направление образования лишь в 2012 г. с принятием закона «Об образовании в Российской

Федерации». Вскоре появились Федеральные государственные общеобразовательные стандарты (ФГОС) начального общего образования (НОО) обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), включая РАС (приложение 8; далее — ФГОС НОО РАС), и дошкольного образования (ДО; далее — ФГОС ДО РАС), а также соответствующие примерные адаптированные основные образовательные программы (АООП).

Попытка стандартизации образования при РАС не имеет аналогов в мире: как можно это осуществить, если интеллектуальный коэффициент у таких детей варьируется в диапазоне от менее 20 (глубокая умственная отсталость) до 140–150 (так называемая «зона гениальности»); если на момент первичного обращения за помощью до 50% детей не говорят, а у других отмечаются опережающие возрастные показатели развития словарного запаса и грамматического строя; если у части детей наблюдаются разнообразные страхи и повышенная тревожность, тогда как другие совершенно лишены «чувства края»? Кроме того, динамика развития и обучаемости при РАС различна и изменчива в зависимости от очень многих факторов.

Родительская общественность восприняла введение стандартов положительно и с надеждой: впервые за многие годы государство взяло на себя некоторые обязательства по образованию детей с РАС: «Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам — образовательным программам дошкольного образования ... является обязательным для организаций, осуществляющих образовательную деятельность и реализующих основные общеобразовательные программы — образовательные программы дошкольного образования...».

Разработчики ФГОС НОО (РАС) предложили:

(а) два направления образования (академическое и овладение «жизненными компетенциями»);

(б) четыре варианта стандарта и примерной АООП, различающихся по возможности освоения программы цензового образования в определенные сроки:

- 1) цензовое образование в установленные сроки;
- 2) цензовое образование в пролонгированные сроки;
- 3) нецензовое образование с использованием индивидуальных программ;
- 4) нецензовое образование с использованием специальной индивидуальной программы развития (СИПР);

(в) возможность получения образования как в условиях инклюзии, так и в специальных образовательных структурах (школах, классах и др.). Для каждого варианта установлен фиксированный процент обязательной части программы (от 60%), на коррекционную работу отводится до 10 часов в неделю.

Тем не менее использование ФГОС НОО (РАС) оказалось не вполне успешным, ввиду многих причин, главными из которых состояли в том, что не были подготовлены квалифицированные кадры для работы с детьми с аутизмом и что разработчики стандарта недостаточно учитывали особенности развития детей с РАС и совсем не учли дошкольный период, фактическое отсутствие дошкольного образования детей с РАС.

Сразу же возникло много вопросов, например: как реализовать обязательную часть программы, если до поступления в школу коррекцией трудностей, обусловленных аутизмом (социально-коммуникативных, поведенческих и др.), никто не занимался? Что можно сделать в плане коррекционной работы за 10 часов в неделю, особенно при отсутствии квалифицированных специалистов по коррекции РАС?

ФГОС ДО, утвержденный приказом Минобрнауки РФ №1155 в октябре 2013 года, распространяется на всех детей дошкольного возраста — как типично развивающихся, так и с ОВЗ, включая РАС, что сделано из гуманистического стремления не допустить сегрегации детей в дошкольном возрасте. Такая позиция не вызывает сомнений на морально-нравственном и этическом уровне, однако для реализации практических задач в случае части видов ОВЗ, особенно РАС, тяжелых множественных нарушений развития (ТМНР), выраженных степеней интеллектуальной недостаточности (умственной отсталости) принципы, на которых построен документ (ст. 1.2 ФГОС ДО), принципы дошкольного воспитания (ст. 1.4 ФГОС ДО) и поставленные на их основании задачи представляются если и выполнимыми, то при очень серьезных условиях и с большими оговорками [12].

Опыт Казахстана

Действующая нормативно-правовая база по детям с ООП, в том числе с РАС

За тридцать лет независимости в Республике Казахстан проведена системная работа по разработке нормативно-правовых документов, регламентирующих право детей с особыми образовательными потребностями на получение образования. Право всех детей на получение образование закреплено в Конституции РК, ратифицирован ряд международных документов, такие как Конвенция о правах ребенка, Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями, Конвенция о правах инвалидов, Конвенция о борьбе с дискриминацией в области образования [13].

На протяжении двух десятилетий большое внимание государственной политики, направленной на развитие инклюзивного образования, уделялось созданию условий

для обучения детей с ограниченными возможностями (далее- ОВ). Первым нормативно-правовым актом, регламентирующим право на получение образования детей с ограниченными возможностями, стал Закон «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями в развитии», принятый в 2002 году [14] (далее- Закон). В соответствии с п. 2 Статьи 1 данного Закона, к ребенку (детям) с ограниченными возможностями относится «ребенок (дети) до восемнадцати лет с физическими и (или) психическими недостатками, имеющий ограничение жизнедеятельности, обусловленное врожденными, наследственными, приобретенными заболеваниями или последствиями травм, подтвержденными в установленном порядке» [14]. Законом предусмотрены гарантии детей с ОВ, а также их родителей и иных законных представителей на получение услуг в сфере образования, здравоохранения и социальной защиты населения. Так, в соответствии с пп. 5 п. 2 Статьи 8 Закона местные представительные органы должны были организовывать обучение детей с ОВ в специальных организациях образования и создавать условия для их обучения в других организациях образования. В частности, дети с ОВ обучались в специальных коррекционных организациях для детей с нарушениями слуха (неслышащие, слабослышащие, позднооглохшие), с нарушениями зрения (незрячие, слабовидящие, поздноослепшие), с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата, с нарушениями речи, с умственной отсталостью, с задержкой психического развития, с расстройством эмоционально-волевой сферы и поведения, со сложными нарушениями, в том числе со слепоглухотой либо в других организациях образования при условии создания соответствующих условий [65].

Процесс обучения детей с ОВ в организациях образования регламентировался понятиями «инклюзивное образование», «специальные условия для получения образования», внесённых в Закон РК «Об образовании» в 2011 году [15] и Методическими рекомендациями по организации интегрированного (инклюзивного) обучения детей с ОВ [16] (далее- Рекомендации), в соответствии с которыми они обучались в интегрированных классах, в которых допускалось не более трех детей с ОВ либо в специальных (коррекционных) классах, созданных при наличии необходимого количества детей по десяти видам нарушений в общеобразовательных школах (для *неслышащих детей, для слабослышащих и позднооглохших детей, для незрячих детей, для слабовидящих и поздноослепших детей, для детей с тяжелыми нарушениями речи, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, для детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы (с ранним детским аутизмом), для детей с задержкой психического развития, для детей с легкими нарушениями интеллекта, для детей с умеренными нарушениями интеллекта*).

В соответствии с Рекомендациями дети с ОВ на основании заключения психолого-медико-педагогической консультации (далее – ПМПК) могли получать коррекционно-педагогическую поддержку внутри организации образования, оказываемую специалистами, входящими в состав школьного психолого-медико-педагогического консилиума (далее – ШПМПК) (*специальный педагог (дефектолог, логопед), педагог-психолог, социальный педагог*), в логопедических пунктах, функционирующих при организациях образования (школы, детские сады), а также извне (*в кабинетах психолого-педагогической коррекции (далее- КППК), в реабилитационных школах, специальных коррекционных*

организациях образования) [16]. Важная роль при организации обучения детей с ограниченными возможностями отводилась проведению учителями классов интегрированного обучения и специальных классов психолого-педагогического мониторинга, в соответствии с которым, наблюдался прогресс в усвоении знаний детьми с ОВ. Задача учителей классов интегрированного обучения заключалась в адаптации учебных программ под индивидуальные образовательные потребности обучающихся, а также в обеспечении специальной поддержки: помощь обучающимся в организации работы в рамках учебного процесса; формирование и развитие детского коллектива (формирование положительного отношения); сотрудничество с родителями.

Согласно Рекомендациям, при организации образовательного процесса учителя, руководствуясь принципами дифференцированного и индивидуального подходов, совместно со специалистами, входящими в состав ШПМПК, разрабатывали индивидуальные образовательные и коррекционно-развивающие программы для обучающихся с ОВ, которые утверждались на педагогическом и методическом совете школы.

Таким образом, основная роль в реализации специального психолого-педагогического сопровождения процесса обучения детей с ОВ принадлежала ШПМПК, в задачи которого также входило психолого-медико-педагогическое обследование детей, поступающих в школу, а также ПМПК, в задачи которой входило комплексное обследование ребёнка специалистами (*педагоги-психологи, логопеды, дефектологи, социальные педагоги, врачи-психиатры, врачи-невропатологи*) выявление социальных и образовательных потребностей у детей и выбор соответствующего типа организации образования [16].

Важно отметить, что несмотря на то, что родители в соответствии с Рекомендациями имели право выбирать любую организацию образования для обучения ребёнка с ОВ, в случае выявления у ребёнка специалистами ПМПК тяжелой и глубокой умственной отсталости, а также психопатоподобных расстройств различного происхождения, частых судорожных приступов, его обучение в общеобразовательной школе не представлялось возможным [16].

Что касается методического сопровождения педагогов в работе с детьми с поведенческими нарушениями, в т.ч., с аутизмом, в 2010 году Национальным научно-практическим центром коррекционной педагогики были разработаны методические рекомендации по определению детей с аутизмом в организации образования [16], в соответствии с которыми дети с аутизмом, в зависимости от индивидуальных возможностей, могли обучаться как в общеобразовательных организациях, так и в специальных (коррекционных) организациях образования. Диагностика детей с аутизмом, используемая в Рекомендациях, осуществлялась в соответствии с классификацией аутизма, предложенной К.С. Лебединской и О.С. Никольской [17], в соответствии с которой дети, имеющие детский аутизм легкой степени выраженности (3 и 4 групп) с достаточным уровнем умственного, речевого и социально-коммуникативного развития могли обучаться и воспитываться в детских садах общего типа и в общеобразовательных школах. Дети с аутизмом, имеющие выраженные поведенческие (психопатоподобные) нарушения, обучались на дому. Дети, имеющие сочетанные нарушения аутизма с тяжелыми интеллектуальными и коммуникативными нарушениями, получали коррекционно-педагогическую поддержку в кабинетах психолого-педагогической коррекции и реабилитационных

центрах, а также организациях социальной защиты населения [16].

Важным этапом в понимании природы особых образовательных потребностей в законодательной политике РК стало внесение понятия «дети с особыми образовательными потребностями» в Закон РК «Об образовании» в 2015 году, а также внесение изменений в понятия «инклюзивное образование», «специальные условия для получения образования» [15]. В соответствии с принятой редакцией Закона от 13.11.2015 года, **лицами (детьми) с особыми образовательными потребностями** считались «лица, которые испытывают постоянные или временные трудности в получении образования, обусловленные здоровьем, нуждающиеся в специальных, общеобразовательных учебных программах и образовательных программах дополнительного образования», под **инклюзивным образованием** понимался «процесс, обеспечивающий равный доступ к образованию для всех обучающихся с учетом особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей», под **специальными условиями для получения образования** понимались «условия, включающие специальные учебные программы и методы обучения, технические и иные средства, среду жизнедеятельности, а также медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно освоение общеобразовательных учебных и образовательных программ лицами (детьми) с особыми образовательными потребностями» [1].

Другим важным этапом в организации научно-методологического сопровождения педагогов по работе с детьми с аутизмом стала разработка специальной развивающей программы для детей с аутизмом для психологов реабилитационных центров, кабинетов

коррекции, специальных и общеобразовательных дошкольных организаций образования, оказывающих психолого-педагогическую помощь детям с аутистическими расстройствами, а также родителей, воспитывающих детей с аутизмом (далее - Программа) [18]. Основной целью данной Программы является развитие общения, социального взаимодействия и социализации ребёнка с аутизмом, но не развитие его возрастных или академических речевых, когнитивных и других навыков. Программа включает в себя четыре самостоятельные программы, в зависимости от возраста, индивидуальных особенностей детей с аутизмом разной степени сложности;

- для детей раннего и дошкольного возраста с легкими и умеренными аутистическими расстройствами;
- для детей раннего и дошкольного возраста с тяжелыми аутистическими расстройствами;
- для детей предшкольного и школьного возраста с легкими и умеренными аутистическими расстройствами;
- программа по вовлечению родителей в развивающую работу с ребенком

Каждая программа содержит свои цели и задачи, последовательность описания, этапы, ожидаемые результаты, а также методы и приёмы психолого-педагогической работы, как индивидуальной, так и групповой (подгрупповой) [18].

Необходимо отметить, что в методологическую основу Программы легли методы работы и приёмы работы с детьми с аутизмом, используемые в мировой практике:

- эмоционально-ориентированные подходы: эмоционально-смысловой подход О.С. Никольской, Р.Е. Баенской, М.М. Либлинг, метод DIR-FT («Floortime») С. Гринспена и С. Уидер;
- методы, основанные на принципе имитации и следования за ребенком:

программа Son-Rise Б. Кауфман и С. Кауфман; модель развития прелингвистических навыков Мелье (Prelinguistic Milieu Teaching PMT; Yoder and Warren); метод отставленной имитации Баймухановой М.Е.;

- поведенческие подходы: прикладной анализ поведения И. Ловааса, программа ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, Eric Schopler);

- подходы, основанные на использовании альтернативных средств коммуникации (PECS);

- методические подходы, применяемые в оказании помощи родителям детей с аутизмом «Денверская модель раннего вмешательства для детей с аутизмом», групповые формы работы;

- методы и приемы сенсорной интеграции, телесно-ориентированные, кинезиологические и нейропсихологические методы работы с детьми;

- методы и приемы развития навыков общения у детей, используемые в практике детской психологии и педагогики [18].

Необходимо отметить, что специалистам и педагогам, работающим с детьми с аутизмом и с другими расстройствами аутистического спектра (далее- РАС) важно владеть целым спектром методик работы, так как потребности детей с аутизмом и другими могут различаться, в зависимости от тяжести нарушения. В зависимости от индивидуальных потребностей строится коррекционно-развивающая работа, построенная на развитие у детей познавательных процессов, в том числе, эмоционально-волевого поведения. Владение данными методиками работы, по мнению Мамайчук И.И. поможет будущим педагогам оказать наиболее приемлемую для ребёнка с аутизмом и РАС коррекционно-педагогическую помощь [19].

Переломным моментом в развитии инклюзивного образования в РК стало подписание Президентом РК Касым-Жомартом Токаевым Закона Республики Казахстан от 26 июня 2021 года № 56-VII ЗРК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам инклюзивного образования» [20], в соответствии с которым внесены изменения и дополнения в Законы Республики Казахстан от 11 июля 2002 года «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», от 8 августа 2002 года «О правах ребенка в Республике Казахстан», «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», от 27 июля 2007 года «Об образовании». Необходимо отметить, что внесённые изменения позволили изменить понятийный аппарат инклюзивного образования, основанный на медицинской модели особых образовательных потребностей в социально-педагогическую. К примеру, **лицами (детьми) с особыми образовательными потребностями** являются уже не только дети, имеющие проблемы, связанные со здоровьем, а «лица (дети), которые испытывают постоянные или временные потребности в специальных условиях для получения образования соответствующего уровня и дополнительного образования» [15].

Впервые на законодательном уровне закреплены понятие **«психолого-педагогическое сопровождение»**- «системно-организованная деятельность, реализуемая в организациях образования, в процессе которой создаются социально-психологические и педагогические условия для успешного обучения и развития лиц (детей) с особыми образовательными потребностями на основе оценки особых образовательных потребностей», **«оценка особых образовательных потребностей»** - «определение необходимых специальных условий для получения

образования» [21]. Изменения, внесённые в понятие «специальные условия для получения образования», также характеризуют переход от медицинской модели к социально-педагогической: «условия, включающие учебные, а также специальные, индивидуально развивающие и коррекционно-развивающие программы и методы обучения, технические, учебные и иные средства, среду жизнедеятельности, психолого-педагогическое сопровождение, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно освоение образовательных программ лицами (детьми) с особыми образовательными потребностями, а также детьми с ограниченными возможностями» [15].

В соответствии с п. 7 Приказа 6 «содержание психолого-педагогического сопровождения включает следующие социально-психологические и педагогические условия:

1) изменения учебного плана и учебных программ в виде адаптации общеобразовательных учебных программ или составления индивидуальных учебных планов и программ;

2) изменения способов оценивания результатов обучения (достижений ученика).

При изменении способов оценивания подбираются контрольные задания и критерии оценивания с учетом индивидуальных возможностей учащегося и с учетом содержания реализуемой учебной программы;

3) использование вариативных, специальных и альтернативных методов обучения.

Форма или способ применения методов обучения адаптируются под индивидуальные особенности ученика (уменьшение объема, количества заданий, сокращение или увеличение времени на выполнение заданий, упрощение учебных заданий, использование коротких и поэтапных

инструкций, проговаривание заданий вслух, предоставление образцов выполнения заданий, таблицы, справочные материалы).

Альтернативные методы и технологии обучения применяются в отношении учащихся со специфическими трудностями обучения, обусловленными нарушениями отдельных психических функций (восприятия, памяти, внимания, праксиса). Альтернативные методы и технологии обучения используются в индивидуально-развивающей работе педагогами-психологами и специальными педагогами (метод глобального чтения, обучение счету посредством методики "Нумикон", системы Монтессори).

4) подбор учебников, учебных пособий, подготовка индивидуальных учебных материалов. Специальные учебники, рабочие тетради и учебные материалы используются для детей с нарушениями зрения (книги с укрупненным шрифтом, учебные пособия для незрячих, напечатанные шрифтом Брайля; рельефные рисунки, схемы, специальные муляжи), опорно-двигательного аппарата (прописи с крупным шрифтом), слуха (учебные пособия с использованием символов (жестовой речи), видеоматериалы с титрами, учебные компьютерные программы), нарушениями интеллекта. Учебники и учебно-методические комплексы, изданные для специальных школ соответствующего вида;

5) выбор формы обучения. Обучение и воспитание детей с ограниченными возможностями в общеобразовательной группе/классе, в специальной группе/классе общеобразовательной организации или в специальной дошкольной организации, в специальной школе (с согласия родителей и по рекомендации ПМПК), на дому (по заключению врачебно-консультационной комиссии (ВКК));

б) создание безбарьерной среды и адаптация места обучения для обеспечения физического доступа в организацию образования для лиц (детей) с особыми образовательными потребностями: 1) с ограниченной мобильностью (подвоз к школе, пандусы, перила, подъемники, лифт, специально оборудованное учебное место (стол, стул), места общего пользования (туалет, столовая)), 2) с нарушением зрения (незрячих, слабовидящих) (тактильные дорожки, тактильные указатели, перила), 3) с нарушением слуха (визуальные таблицы, звукоусиливающая аппаратура). Адаптация учебного места предполагает приспособление среды обучения под индивидуальные особенности лиц (детей) с особыми образовательными потребностями (физические особенности (слух, зрение), поведенческие особенности);

7) использование технических вспомогательных (компенсаторных) средств и специальных средств передвижения для обучающихся с ограниченными возможностями (нарушениями опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, речи), полученные в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 20 июля 2005 года № 754 "Об утверждении перечня технических вспомогательных (компенсаторных) средств и специальных средств передвижения, предоставляемых инвалидам".

8) специальная психолого-педагогическая поддержка (психолога, специального педагога, педагога-ассистента) детей с ограниченными возможностями осуществляется на основе заключения и рекомендации ПМПК» [23].

Помимо получения образования, дети с ООП, в т.ч., дети с поведенческими трудностями и специфическими трудностями в обучении, получают государственные услуги по обследованию и оказанию психолого-медико-педагогической консультативной помощи детям с

ограниченными возможностями, оказываемую ПМПК и реабилитацию и социальную адаптацию детей и подростков с проблемами в развитии, оказываемую кабинетами психолого-педагогической коррекции (далее- КППК), реабилитационными центрами (далее- РЦ) [24]. Приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 26 апреля 2021 года № 182 внесены изменения в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 22 февраля 2013 года № 50 «Об утверждении номенклатуры видов организаций образования», в соответствии с которым в перечень специальных организаций образования включён **центр (autism-центр) поддержки детей с аутизмом (расстройством аутистического спектра)** (далее- Аутизм-центр) [25].

В соответствии с Порядком деятельности Центра поддержки детей с аутизмом (расстройствами аутистического спектра), утверждённым Приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 30 октября 2018 года № 595 «Об утверждении Типовых правил деятельности организаций образования соответствующих типов и видов» *(с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.12.2021 г.)* [26] «аутизм-центр является **специальной организацией образования**, который реализует индивидуально развивающие программы (далее – Программа поддержки), включающие индивидуальный план развития (далее – ИПР), образовательную программу «Аутизм. Мир один для всех» для оказания психолого-педагогической поддержки детям с аутизмом (расстройствами аутистического спектра), коррекционно-развивающие программы.

Аутизм-центр оказывает психолого-педагогическую поддержку детям с аутизмом (расстройствами аутистического спектра), в том числе обучающимся в организациях образования, специальных организациях

образования, в случае отсутствия психолого-педагогической поддержки детям с аутизмом (расстройствами аутистического спектра).

В аутизм-центр принимаются дети с аутизмом (расстройствами аутистического спектра) на основании заключения и рекомендаций ПМПК и с согласия родителей (законных представителей). С целью проведения скрининга РАС и получения консультационно-диагностической помощи допускается обращение родителей (законных представителей) в аутизм-центр без рекомендации и заключения ПМПК.

Организация психолого-педагогической деятельности в аутизм-центре регламентируется Рабочим учебным планом и расписанием занятий, утверждаемыми директором аутизм-центра. Психолого-педагогическую поддержку детям с аутизмом осуществляют клинические педагоги. В аутизм центре также работают: супервайзер (методист), социальный педагог, регистратор и директор.

Порядок оказания психолого-педагогической поддержки аутизм-центра включает следующее:

1) регистрация ребенка в аутизм-центре по заключению ПМПК в журнале регистрации (www.chis.kz) согласно приложению 10 к Правилам.

2) первичная консультация и сбор анамнестических данных ребенка в карте развития ребенка согласно приложению 11 к Правилам.

3) диагностическое обследование клиническим педагогом психофизического состояния ребенка (М-СНАТ-Р (Modified Checklist for Autism in Toddlers (Модифайд Чеклист фо Отизмн Тодлерс)) (М-ЧАТ-А), ADOS-2 (Autism (Аутизм), Diagnosis (Диагнозис), Observation (Обсервейшн), Schedule (Шедул)) (АДОС-2), неструктурированное наблюдение).

4) функциональный анализ (далее – ФА), согласно Протокола оценки базовых речевых и учебных навыков ABLLS-R (ЭЙБИЛЛС-А) или Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

5) разработка ИПР по результатам ФА согласно приложению 12 к Правилам [26].

Необходимо также отметить, что в настоящее время диагностика аутизма в Казахстане осуществляется врачами-психиатрами медицинских организаций в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра, согласно которой выделяют два вида аутизма: детский аутизм (F 84.0) и атипичный аутизм (F 84.1) [27]. При этом, с 1 января в мире вступила в силу одиннадцатая редакция Международной классификации болезней (МКБ-11) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [28], согласно которой аутизм подразделяется на следующие виды:

6A02.0 Расстройства аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и с легким или без нарушения функционального языка;

6A02.1 Расстройства аутистического спектра с нарушением интеллектуального развития и с легким или без нарушения функционального языка;

6A02.2 Расстройства аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и с нарушениями функционального языка;

6A02.3 Расстройства аутистического спектра с нарушением интеллектуального развития и с нарушениями функционального языка;

6A02.4 Расстройства аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и отсутствие функционального языка;

6A02.5 Расстройства аутистического спектра с нарушением интеллектуального развития и с отсутствием функционального языка;

6A02.Y Другие уточненные расстройства аутистического спектра;

6A02.Z Расстройства аутистического спектра, неуточненные.

Учитывая, что Казахстан также как и другие развитые страны мира планирует перейти к использованию МКБ 11-го пересмотра, можно предположить, что улучшится система выявления детей с расстройствами аутистического спектра в стране, тем самым, увеличится потребность в специалистах, педагогах, владеющих эффективными методами работы с данной группой детей [1].

3. ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОРИЕНТИРОВАНИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ

Изучение опыта современной профессиональной ориентации за рубежом показывает, что основными направлениями, реализующими профориентационную деятельность, являются, прежде всего, профинформация, работа профсоветов, комплексные и регулярные групповые и индивидуальные профконсультирования, профподбор и профотбор в ситуациях всего процесса профессионального самоопределения, трудоустройства и социальной, и производственной профадаптации различных групп населения. То есть работает система, все составляющие которой ориентированы на соответствующие возрастные группы трудоспособного населения (прежде всего на молодежь) и способствуют как ориентации на профиль профессиональной подготовки, так и выбору профессии, сферы приложения труда, а также эффективному профессиональному становлению и развитию. Вообще, европейский подход к профориентации обусловлен, прежде всего, ценностями и взглядами жителей стран Европы на права и свободы, в том числе свободу профессионального самоопределения, а координацию и обеспечение функционирования профориентационной деятельности выполняет, в основном, государство [29, с. 34].

В развитых западных странах профориентационная работа с молодежью рассматривается как важнейшая часть социальной и экономической политики государств, что отражено в ряде международных правовых актов, к числу которых относятся Европейская социальная хартия, Конвенция Международной Организации Труда № 142 «О профессиональной ориентации и профессиональной

подготовке в области развития людских ресурсов» (Женева, 23.06.1975) и Рекомендация Международной Организации Труда № 150 «О профессиональной ориентации и профессиональной подготовке в области развития людских ресурсов» (Женева, 23.06.1975). Во всех развитых странах профориентация понимается как важнейший инструмент повышения качества рабочей силы, обеспечивающий профессиональную и географическую мобильность, что представляется важнейшим условием эффективности экономики в глобализированном мире.

Профориентация школьников и молодежи в западных странах основана на системной модели. Профориентация и трудоустройство молодежи рассматриваются как составные части единого комплекса, включающего профинформацию, профконсультирование и предоставление рекомендаций, профессиональный отбор и профподбор, первоначальное трудоустройство и последующие меры по адаптации к трудовой деятельности, что в целом обозначается термином «переходные услуги» [30].

Аргументы в пользу развития профориентации в системе общего образования основываются, в частности, на том, что профориентационная работа имеет общеобразовательную природу, поэтому в школе легче наладить сотрудничество учителей с другими специалистами – школьными психологами, медиками, социальными педагогами, которые находятся внутри образовательной системы, а также со специалистами других государственных и общественных организаций, а также бизнес-структур.

Наряду с этим распространена и точка зрения, что главная ответственность за проведение профориентационной работы не обязательно должна возлагаться на систему школьного образования. В

частности, доказали свою эффективность специальные агентства типа центров профориентации и трудоустройства молодежи. Это оказывается важным, поскольку школы не заботятся о том, что происходит с учениками после завершения школьного образования [31, с. 360].

Современные экономические и социальные условия предполагают постоянный мониторинг проблем профессиональной ориентации обучающихся. Стало нормой такое социальное явление, как неоднократная смена профессии человеком на протяжении всего периода жизни. Полученное образование не гарантирует дальнейшее трудоустройство, успешную профессиональную самореализацию, карьеру. В связи с этим, выпускники организаций образования не видят для себя ясного жизненного пути, не адекватно оценивают свою профессиональную перспективу. Всё это определяет актуальность проблемы подготовки подростков к дальнейшему жизненному определению, их ориентирование на востребованность профессий и свои реальные возможности в выполнении какого-либо вида труда.

Выбор профессии — это сложный и долгий мотивационный процесс. Особенно сложно он дается детям с особыми образовательными потребностями. Главными задачами профориентации детей с ООП являются всестороннее развитие личности и активизация самих детей в процессах самоопределения, своего места в мире профессий, подготовка детей к самостоятельному, осознанному профессиональному и жизненному выбору, формирование способности планировать жизненный путь с учётом своих интересов, возможностей, ценностно-нравственных ориентиров и потребностей общества, успешная интеграция в социум.

В процессе образовательной деятельности необходимо соблюдать принцип соответствия выбираемой профессии интересам, склонностям, способностям и возможностям подростка, соотнесенным с реальным состоянием его здоровья и имеющимися ограничениями. В этом деле для дальнейшей успешной профилизации детей с ООП важно правильно организовать взаимодействие семьи, школы и органов по трудоустройству [32].

Ярким признаком нынешнего века информации можно назвать широкое использование современных цифровых технологий. Так, к примеру, на сайте центра занятости населения акимата г. Нур-Султан дана ссылка на электронную биржу труда, где в разделе «Профориентация» (<https://www.enbek.kz/ru/barret/welcome>) можно пройти профориентационный тест Джима Баррета в модификации Гусловой И.В., позволяющий просто и быстро пройти профориентационное тестирование, получить результат и определить наиболее близкие профессии любому желающему.

В каждом блоке теста участнику предлагаются три вида деятельности; нужно сделать однозначный выбор, чтобы получить целостную картину. Просматривая каждые три утверждения, необходимо отметить на каком месте для участника по привлекательности та или иная профессиональная деятельность.

После прохождения теста участник может сохранить результаты тестирования, где будет указано процентное соотношение к той или иной деятельности.

Слова – %;

Искусство – %;

Физический труд – %;

Экспериментальная деятельность – %;

Организационная деятельность – %;

Бизнес – %;

Социальная работа – %.

Результат более 70% в какой-либо колонке свидетельствует о наличии у человека профессиональной направленности данного типа. Если участник теста получает один Высокий показатель, он определенно указывает на сферу его максимальной мотивации. Кроме того, обращается внимание на наиболее низкие показатели, так как они наименее важны.

В результате для участника теста указываются:

- наиболее подходящие профессии;
- подходящие профессии;
- пояснения.

Профессиональное самоопределение – это процесс и результат сознательного и самостоятельного выбора профессии.

Вместе с тем педагогам и родителям необходимо учитывать проблемы и затруднения, которые могут возникать в процессе профессионального самоопределения обучающихся с ООП, в том числе детей с РАС. В связи с этим предлагаем рассмотреть различные пути решения данных проблем.

Типичные ошибки и затруднения при выборе профессии:

- увлечение только внешней стороной профессии без учета ее минусов;
- выбор только на основании высокой оплаты труда;
- предубеждение в отношении престижности или непрестижности профессии. Выбор профессии из соображения престижности (популярности) в обществе;
- подчинение давлению родных, других значимых людей без особых собственных желаний;
- отождествление учебного предмета с профессией;
- перенос отношения к человеку (представителю данной профессии) на саму профессию;

- выбор профессии «за компанию» с друзьями;
- неумение (без учета индивидуальных особенностей) разобраться в своих личных качествах, способностях, склонностях, мотивах выбора;

- незнание или недооценка своих физических особенностей, ограничений, недостатков, существенных при выборе профессии;
- категоричность выбора;
- устаревшие представления о характере труда, об особенностях той или иной профессии;
- предрассудки относительно некоторых важных для общества профессий (пренебрежение, выражаемое даже словами «торгаши», «фотомоделька» и др.).

Факторы, влияющие на выбор профессии:

- мнение родителей;
- мнение друзей;
- мнение других значимых людей (бабушек, дедушек, родственников, знакомых и т.д.);
- информация, получаемая через СМИ;
- престижность, признание обществом профессии;
- собственное мнение по поводу профессии.

Каковы же последствия ошибочного выбора профессии для человека:

- потеря веры в себя и жизненные кризисы;
- разочарование в себе и окружающих людях;
- стрессы и депрессии; нервные срывы;
- неудовлетворенность профессией, жизнью;
- потеря интереса к жизни, возрастные кризисы.

Причины затруднений при выборе профессии:

- слабая информированность об учебных заведениях;

- слабая информированность о мире профессий;
 - неумение оценить свои возможности;
 - мнение, что все решится само собой, отсутствие серьезного отношения к вопросу профессионального выбора;
 - труднодоступность привлекательной профессии;
 - большое количество одинаково привлекательных вариантов;
 - отсутствие интереса, к какой бы то ни было деятельности.
 - Как можно преодолеть трудности:
 - познакомиться с последним вариантом справочника по учебным заведениям;
 - получить индивидуальную консультацию по выбору профессии.
- В процессе индивидуальной консультации:
- определить свои интересы и склонности;
 - сопоставить их с имеющимися профессиями;
 - выяснить профессионально важные качества интересующих профессий;
 - путем тестирования или самонаблюдения прийти к выводу, в достаточной ли мере они развиты у Вас;
 - взвесить свои возможности, способности;
 - взвесить требования рынка труда, составить приблизительный прогноз – велика ли будет потребность общества в специалистах данной профессии через 3-5 лет;
 - выясните не только сферу деятельности, но и условия труда, его особенности.
- При выборе профессии нужно:
- знать как можно больше профессий;

- определиться в своих интересах;
- знать, в каких учебных заведениях можно получить ту или иную профессию;
- иметь основной и запасной варианты профессионального выбора (на случай, если не удастся осуществить задуманное);
- иметь (желательно) опыт профессиональных проб: либо понаблюдать за рабочим днем представителя привлекательной профессии (наблюдать нужно целый день), либо самому попробовать поработать немного в этой области;
- оценить свои возможности и способности, а также их соответствие тем требованиям, которые предъявляет профессия [30].

Одним из приоритетных направлений обучения детей особыми образовательными потребностями является обеспечение для них реальной возможности получения трудовой подготовки. Обусловлено это тем, что большинству выпускников только трудовое обучение, направленное на профессиональную подготовку, коррекцию и компенсацию их умственного и физического развития, обеспечивает возможность трудоустройства в сфере материального производства.

В решении как таковых проблем существенную роль играет система организационно-методических и практических мероприятий по профессиональной ориентации, профотбору, профессиональному самоопределению учащихся с ООП, ставящая целью не только предоставление информации о мире профессий и дающая основу профессиональной ориентации, но и способствующая личностному развитию учеников, формированию у них способности соотносить свои

индивидуальнопсихологические особенности и возможности с требованиями профессии.

Одной из главных целей профориентационной работы в школе становится построение учащимися индивидуального профессионального маршрута. Индивидуальный образовательный маршрут определяется как целенаправленно проектируемая дифференцированная образовательная программа, обеспечивающая учащемуся позиции субъекта выбора, разработки и реализации образовательной программы при осуществлении педагогами педагогической поддержки его самоопределения и самореализации [30].

Таким образом, учитывая весь спектр трудностей, которые встречаются при обучении детей с РАС, для осуществления профориентационной работы необходимо решать следующие основные задачи:

- развитие трудовых навыков, а также трудовых качеств;
- расширение граней самопознания;
- предоставление доступной информации о профессиях, их важности, особенностях и путях профессиональной подготовки;
- формирование установки на труд, а также на позитивное отношение к нему.

При реализации указанных задач необходимо проводить работу в соответствии с этапами:

1. Выявление поля для выбора профессии в соответствии с особыми потребностями и индивидуальными возможностями обучающихся.

Для этого необходимо провести тщательный анализ его психофизического состояния, а также ознакомиться с рекомендациями ПМПК, учесть все показания и противопоказания.

2. Выявление склонностей и предпочтений обучающегося. Для этого необходимо использовать

большой арсенал специальных методик, которые дают возможность выявить способности и скрытые таланты.

3. *Знакомство с профессиями.* На данном этапе необходимо проводить знакомство с профессиями путем профессиональной диагностики, профессиональных проб. На основе этого совместно с учителями и родителями составляется список возможных вариантов профессиональной деятельности. Затем определяются важнейшие качества, необходимые для овладения профессией, подбираются виды и самые эффективные пути профессиональной подготовки для детей с ООП.

4. *Построение личного профессионального плана детьми с ООП.* На данном этапе выстраиваются планы относительно основных шагов для достижения цели: определение путей получения образования, видов профессиональной занятости, возможностей трудоустройства, при этом планируется обязательная дополнительная консультация специалистов или врачей в связи с выбранной профессиональной деятельностью.

В связи с тем, что правильный выбор профессии для детей с ООП зависит, в первую очередь, от их психофизических особенностей и индивидуальных возможностей, в профориентационной работе необходимо учитывать список рекомендуемых профессий в соответствии с их особенностями [30].

Инклюзия в образовании – это принятие права на качественное образование лиц с ООП. Развитие инклюзивного образования предполагает качественное изменение имеющейся системы образования и создание условий для обучения лиц с ООП в общеобразовательных организациях нашей страны. Общеобразовательные организации оказались в ситуации острой необходимости обретения умений, связанных с адаптацией учебных программ, с учетом особых образовательных потребностей

обучающихся, в том числе с РАС. В связи с этим в помощь педагогам страны предлагаются рекомендации для организации образовательного процесса для детей с РАС, включая вопросы профориентации и социализации.

Возможность профессионального выбора и трудоустройства является одним из основных прав, перечисленных в Конвенции ООН о правах инвалидов. Долг общества – соблюдать эти права, но в действительности во многих странах наблюдается недостаток необходимой поддержки лицам с особыми потребностями, в том числе с РАС. Обзор научной литературы показывает также недостаток исследований, посвященных изучению способов поддержки лиц с РАС в их сознательном выборе будущей профессии и трудоустройстве. В источниках большей частью встречается информация о росте количества проблем у таких людей, основной причиной которых является недостаток необходимой поддержки со стороны государства и общества. В силу этого они практически исключены из жизни общества, и в результате большинство из них проводит всю жизнь в одиночестве и отрезанности от социума.

Вместе с тем, несмотря на проблемы, вызванные аутизмом, у многих людей с этим нарушением есть свои сильные стороны и умения, которые могут быть очень полезны для ряда профессий. Игнорирование этого потенциала является несправедливым фактом и представляет собой дискриминацию в чистом виде.

В связи с этим необходимо привлечь внимание специалистов и общественности к неприемлемому положению, в котором оказываются эти люди при выборе профессии и попытках трудоустроиться, сталкиваясь с множеством препятствий не только при поиске работы, но и в процессе трудовой деятельности.

Европейский союз и все государства-члены, входящие в его состав, подписали Конвенцию ООН по правам инвалидов, обязывающую их принять меры, чтобы реализовывать на практике права людей с нарушениями во всех сферах жизни, включая трудоустройство.

В Европейском Союзе численность людей с аутизмом составляет 3,3 миллиона человек. И, несмотря на то, что доступность диагностики и медицинской поддержки для таких детей увеличивается, в большинстве стран, входящих в состав ЕС, взрослые люди с аутизмом сталкиваются с практически гарантированной невозможностью устроиться на работу и совсем небольшим количеством поддержки или даже её отсутствием.

Исследования показали, что от 76 до 90 процентов взрослых людей с аутизмом, являются безработными. Пожалуй, эта статистика неувидительна, особенно с учётом того, что люди с аутизмом обычно испытывают трудности с социальными и коммуникационными аспектами работы, включая прохождение собеседований, чёткое понимание указаний руководителей, управление своим временем и взаимодействие с коллегами.

Аутизм-Европа – это международная ассоциация, целью которой является защита прав людей с расстройствами аутистического спектра (аутизм, РАС) и их семей, чтобы помочь им улучшить качество своей жизни.

Это достигается за счет:

- Представление интересов людей с аутизмом во всех учреждениях Европейского Союза;
- Повышение осведомленности о надлежащем уходе, образовании и благополучии для людей с аутизмом;
- Содействие обмену информацией, передовой практикой и опытом в области аутизма.

Аутизм-Европа является зонтичной организацией для сети более 80 ассоциаций родителей людей с аутизмом в 30

европейских странах. Аутизм-Европа установила структурированный диалог с институтами Европейского союза и Всемирной организацией здравоохранения, чтобы отстаивать права людей с аутизмом. Чтобы максимизировать свое влияние на политику Европейского союза, Аутизм-Европа также работает в стратегических альянсах с другими соответствующими организациями, включая Европейскую организацию по инвалидности. Форум и платформа европейских социальных НПО. www.autismeurope.org

Отчёт «Аутизм и работа» о положительном опыте трудоустройства людей с аутизмом по всей Европе был издан международной ассоциацией Autism-Europe в 2014 году и переведен на русский язык в 2017 году АНО «Наш солнечный мир» [33].

ВОПРОСЫ И ТРУДНОСТИ, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЮТСЯ ЛЮДИ С АУТИЗМОМ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Социальное взаимодействие: люди с аутизмом могут не понимать неписанные социальные правила, которые все остальные обычно подхватывают бессознательно. Например, они могут подходить слишком близко к другим людям или заводить разговоры на неуместные темы. Они могут показаться бесчувственными, не замечая дискомфорта собеседника в подобной ситуации. Кроме того, они могут предпочитать проводить время в одиночестве и не участвовать в разговорах и мероприятиях на работе.

Общение: многие люди с аутизмом очень буквально понимают речь, и с большим трудом воспринимают метафоры, идиомы, иронию и сарказм. Например, они, скорее всего, поймут буквально выражение вроде «не видеть дальше своего носа». Поэтому такие люди могут испытывать сложности с пониманием и интерпретацией

инструкций и невысказанных ожиданий. Другие люди с аутизмом могут быть вообще не способны говорить; в таком случае, они общаются с окружающими, используя вместо слов жесты или изображения.

Социальное воображение: хотя некоторые люди с аутизмом обладают богатым воображением, очень изобретательны и могут быть успешными музыкантами, художниками и писателями, чаще всего людям с этим нарушением не хватает социального воображения. Им бывает трудно понять и объяснить чувства, мысли и действия других людей. Кроме того, часто им с трудом удаётся предсказывать, что случится дальше, и сложно в принципе осознавать опасность некоторых ситуаций.

Когнитивное функционирование: многие люди с аутизмом испытывают трудности с завершением задач на работе из-за проблем с планированием, переключением внимания и рабочей памятью. Даже те из них, чей уровень интеллекта средний или выше среднего, тоже иногда сталкиваются со сложностями при решении проблем и часто бывают несобранными, что может влиять на производительность их труда.

По данным Международной Организации Труда, процент людей с нарушениями, не востребованных на рынке труда, как минимум вдвое больше, чем процент безработных среди обычных людей, и уровень безработицы внутри некоторых отдельных групп людей с нарушениями, например, таких, как люди с аутизмом, ещё выше [33].

ПРЕПЯТСТВИЯ, МЕШАЮЩИЕ ЛЮДЯМ С АУТИЗМОМ ТРУДОУСТРОИТЬСЯ

Недостаточная доступность всех уровней образования и профессиональной подготовки: многие взрослые с аутизмом в детстве и в юности были лишены доступа к обучению, подходящему под их нужды. Исследование, проведённое в Великобритании в 2006 году,

показало, что каждый пятый ребёнок с аутизмом был отчислен из школы, во многих случаях – не один раз. Это же исследование выявило, что более 50 процентов детей с аутизмом учатся не в тех школах, в которых, по мнению их родителей, они бы получили наиболее качественную помощь.

Недостаток поддержки при переходе во взрослую жизнь: по всей Европе наблюдается серьёзная нехватка служб помощи взрослым с аутизмом, которые переходят из школы во взрослую жизнь. Этот переход включает в себя не только получение профессиональной подготовки или высшего образования, но и развитие навыков, необходимых для самостоятельной жизни, а также социальных и коммуникационных навыков для работы.

Препятствия при приёме на работу: получить работу может быть очень трудно, учитывая, что обычная процедура приёма на работу, принятая у работодателей, труднодоступна для людей с аутизмом. Серьёзные проблемы для человека с аутизмом начинаются с написания резюме и прохождения интервью, и это может стать настоящим вызовом для них, учитывая те трудности, которые они испытывают в общении и при социальном взаимодействии.

Дискриминация при трудоустройстве: это может проявляться на самых разных этапах процесса трудовой деятельности и принимать самые различные формы. Возможно, самая очевидная форма дискриминации, с которой сталкиваются люди с аутизмом – это дискриминация потенциальными работодателями в процессе приёма на работу, и претендентам может быть очень трудно это доказать [33].

СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ ЛЮДЕЙ С АУТИЗМОМ, НА КОТОРЫЕ МОЖНО ОПИРАТЬСЯ ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ

Исключительная способность сосредотачиваться и отлично справляться с задачами, требующими многократного повторения. Как правило, люди с аутизмом с удовольствием выполняют задачи, требующие внимания к мелочам и способны работать целенаправленно, не отвлекаясь и уделяя максимальное внимание деталям.

Надёжность, преданность компании, в которой они работают, и высокие показатели присутствия на рабочем месте. Часто люди с аутизмом очень добросовестны и серьёзно относятся к выполнению данных им задач, а также пунктуальны, честны и искренни. К примеру, их показатели присутствия на рабочем месте нередко выше, чем у их обычных коллег.

Глубокие фактические знания в необходимой области, обладание профильными техническими навыками и соответствующими интересами. Поскольку люди с аутизмом склонны глубоко погружаться в интересующую их профильную область, как правило, они обладают обширными фактическими познаниями в выбранной сфере. Кроме того, они способны и дальше развивать навыки в профильной области, особенно если это техническая сфера работы, а также они обладают выдающимися способностями в навыках систематизации, в понимании систем и схем, основанных на ясных правилах.

Отличная память и умение протоколировать. У людей с аутизмом, как правило, очень хорошая память и развитая способность протоколировать.

Способность находить оптимальные решения для поставленных задач. Люди с аутизмом предпочитают логический и структурированный подход к работе и склонны к образному мышлению. Им часто нравится находить лучшие решения для поставленных задач, и они могут предложить ряд новых идей и подходов к выполнению своей работы.

Склонность оставаться на одной и той же должности. Люди с аутизмом любят придерживаться однажды заведённого порядка и нередко, устроившись на работу, остаются на одной и той же должности дольше остальных сотрудников.

Находчивость. Многим людям с аутизмом доводилось сталкиваться с неожиданными трудностями и искать пути их преодоления, что способствует развитию находчивости.

Людям с аутизмом могут очень хорошо подойти должности, которые часто не подходят многим обычным людям, например, должности, подразумевающие выполнение однообразной работы, требующей повторяющихся действий или должности, предполагающие изолированность от общества в силу характера работы или места её расположения [33].

МЕРЫ ПОДДЕРЖКИ ЛИЦ С АУТИЗМОМ ПРИ УСТРОЙСТВЕ ИХ НА РАБОТУ

Так как людям с аутизмом присущи характерные трудности в общении и социальном взаимодействии, им нужна специальная помощь при прохождении собеседования и во время ревизии эффективности их работы.

Перечисленные ниже простые меры, принятые ещё на стадии устройства на работу, могут сделать этот процесс гораздо доступнее для людей с аутизмом.

- Дать соискателю возможность заранее подготовиться к беседе, которая его ожидает, например, ознакомиться со списком вопросов, которые ему зададут

- Немногословное собеседование, состоящее из чётких из прямых вопросов и просьб приводить конкретные примеры, а затем ряд практических испытательных заданий – хороший способ проверить навыки и пригодность для работы соискателя с аутизмом.

- В разговоре следует избегать идиом и чересчур абстрактных суждений, так как люди с аутизмом склонны буквально понимать всё, что им говорят.

- Людям с аутизмом может быть непросто ответить на гипотетические или абстрактные вопросы вроде «Кем вы себя видите через 10 лет?», поскольку они, как правило, с трудом представляют себе перспективы на будущее.

- Вопросы, требующие развёрнутого ответа, тоже могут вызвать сложности, так как люди с аутизмом часто затрудняются определить, что именно следует рассказать о своём опыте и насколько подробную информацию нужно предоставить.

- Стоит разрешить соискателю прийти на собеседование с помощником, который мог бы переформулировать задаваемые вопросы, чтобы человек с аутизмом понимал их точно и правильно.

- Имеет смысл дать соискателю больше времени на выполнение письменных заданий, которые должны состоять из коротких и чётких вопросов.

У семей, в которых растут дети с РАС, существует ряд своих особенностей. В их числе – повышенный уровень стресса членов семьи, ослабление их физического и психического здоровья, подверженность разного рода зависимостям. Это обуславливает необходимость внимательного наблюдения за ними в системе здравоохранения и оказания им профессиональной поддержки.

Для эффективной работы с человеком с РАС необходимо включать во вмешательство всю его семью, которая, при условии создания в ней адекватных условий, сама может являться мощным терапевтическим инструментом. Предоставление эффективного вмешательства ребенку оказывает терапевтический эффект на родителей, улучшая их самочувствие. В случае, если

родитель получает эффективную профессиональную помощь, опосредованно это помогает также прогрессу ребенка с РАС, так как хорошее самочувствие и самооценка родителя помогают ему эффективнее поддерживать ребенка [33].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время все более актуальным становится необходимость организации учебного процесса в общеобразовательных школах страны таким образом, чтобы развивать индивидуальные способности учащихся, расширить возможности для организации дифференцированного обучения в соответствии с запросами и склонностями школьников с ООП в том числе и детей с РАС. Эти задачи нацеливают на инновационное развитие системы профориентационной работы с обучающимися в современных условиях.

Профориентация и социализация обучающихся с РАС является непрерывным процессом и осуществляется целенаправленно на всех возрастных этапах, особо пристального внимания требует ранняя профориентация современных школьников. Процесс профессионального самоопределения обучающихся с РАС является чрезвычайно значимым моментом их личностного развития. В современных динамичных социально-экономических условиях растет спрос на профессионально ориентированных выпускников общеобразовательных организаций образования, которые обладают высоким уровнем адаптивных, социально-трудовых, интеллектуальных, психолого-педагогических и информационно-коммуникационных компетенций. Они, как одни из разновидностей ключевых образовательных компетенций, формируются через профессиональное самоопределение.

Таким образом, профессиональная ориентация и профессиональное самоопределение должны стать важнейшими условиями обладания компетенциями, необходимыми для реализации парадигмы «образования через всю жизнь», для формирования объективной

социальной установки обучающихся с ООП, включая детей с РАС, на вхождение в современный рынок труда.

В связи с этим необходимо организовать системную педагогическую деятельность по профессиональной ориентации и социализации детей с РАС с учетом научно-методологических подходов, психологических разработок, опираясь на эффективные примеры мирового опыта в данной сфере [30].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методические рекомендации по организации инклюзивной образовательной среды для детей с поведенческими и специфическими трудностями в обучении – Нур-Султан: НАО имени И. Алтынсарина, 2022. – 176 с.
2. Данные ННПЦ РСИО за 2021 г.
3. Немов Р. С. Психология. Книга 2. Психология образования / Р. С. Немов — «ВЛАДОС», 2007
4. Пермякова, М. Е. Психологические аспекты трудностей учения в школе: [учеб. пособие] / М. Е. Пермякова; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2015. – 124 с.
5. Доклад о положении детей в Республике Казахстан за 2020 год. – НурСултан, 2021. – 160 с.
6. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288 с. ISBN 5-7695-1782-4
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие . — М.: Издательство Московского университета, 1985
8. Лебединский В.В., Никольская О.С, Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: Изд. Моск. унта, 1990. -197 с.
9. URL:<https://xn80aabdсpejeebhqo2afglbd3b9w.xnp1ai/%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8B/193/444>
10. URL: <https://cwf.com.ua/ru/korrekcionnye-metodiki-autizma/> <https://autism-frc.ru/education/interventions/535>
11. URL:<https://autismfrc.ru/system/articles/files/000/000/140/original/%D0%90%D0%9D%D0%90%D0%9B%D0%9>

8%D0%A2%D0%98%D0%9A%D0%90_%D0%BF%D0%BE_%D0%97%D0%B0%D1%80%D1%83%D0%B1%D0%B5%D0%B6%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%83_%D0%BE%D0%BF%D1%8B%D1%82%D1%83_10082016_%281%29.pdf?1473330433

12. URL:https://edpolicy.ru/succession_methodology

13. Ибраев М.У., Темирбаева М.Ж. Межведомственное взаимодействие как условие разрешения проблем детей с особыми образовательными потребностями // Инклюзивное образование: непрерывность и преемственность: материалы V Международной научно-практической конференции (Москва, 23–25 октября 2019 г.) / гл. ред. С.В. Алехина. – М.: МГППУ, 2019. 362-369.

14. Закон Республики Казахстан от 11 июля 2002 года N 343 «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями». URL: https://adilet.zan.kz/rus/archive/docs/Z020000343_/11.07.2002

15. Закон Республики Казахстан от 27 июля 2007 года № 319-III «Об образовании». URL: https://adilet.zan.kz/rus/archive/docs/Z070000319_/24.10.2011

16. Методическими рекомендациями по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии. URL: [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fspecialedu.kz%2Fnormativnopravovaya%2520baza%2F3%2Forganizacii%2520io%2520rus.docx&wdOrigin=BR](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fspecialedu.kz%2Fnormativnopravovaya%2520baza%2F3%2Forganizacii%2520io%2520rus.docx&wdOrigin=BROWSELINK)
OWSELINK

17. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма. -М.: Просвещение, 1991. – 96 с.

18. Специальная развивающая программа для детей с аутизмом/Ерсарина А.К., Джангельдинова З.Б., Айтжанова Р.К.- Алматы, ННПЦ КП, 2020. - 169 с.

19. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии: учеб. пособие для вузов. – М.: Издательство Юрайт, 2019. – 318 с.

20. Закон Республики Казахстан от 26 июня 2021 года № 56-VII ЗРК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам инклюзивного образования». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z2100000056>

21. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 12 января 2022 года № 4 «Об утверждении Правил оценки особых образовательных потребностей». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200026618>.

22. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 26 апреля 2021 года № 182 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 22 февраля 2013 года № 50 "Об утверждении номенклатуры видов организаций образования». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100022630#z10>

23. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 12 января 2022 года № 6 «Об утверждении Правил психолого-педагогического сопровождения в организациях образования». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200026513>.

24. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 марта 2022 года № ҚР ДСМ -25 «Об утверждении стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200027182>

25. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 26 апреля 2021 года № 182 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 22 февраля

2013 года № 50 "Об утверждении номенклатуры видов организаций образования». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100022630#z10>

26. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 30 октября 2018 года № 595 «Об утверждении Типовых правил деятельности организаций образования соответствующих типов и видов» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.12.2021 г.). URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1800017657>

27. Международная классификацией болезней 10-го пересмотра. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4429>

28. Международная классификацией болезней 11-го пересмотра. URL: <https://icd11.ru/rasstroystva-autist-spektra/>

29. Современные подходы к трудовому и профессиональному ориентированию лиц с инвалидностью и ОВЗ: коллективная монография / под общ. ред. Е.А. Петровой. – М.: Издательство РГСУ, 2016. – 320 с.

30. Методические рекомендации по взаимодействию семьи, школы и органов по трудоустройству при выборе профессии детьми с ООП. Методические рекомендации – Нур-Султан: НАО имени И. Алтынсарина, 2019. – 154 с.

31. Пряжникова Е.Ю. Психология труда: учебник для бакалавров / Е.Ю.Пряжникова. - М.: Издательство Юрайт, 2016. – 520 с.

32. Профориентация детей с ограниченными возможностями здоровья. URL: <https://infourok.ru/statya-natemu-proforientaciya-detey-s-ovz-3367466.html>

33. Отчет о передовой практике трудоустройства людей с аутизмом со всей Европы. Аутизм и работа. Вместе мы сможем / пер. с англ. М. Шихиревой. – АНО «Наш Солнечный мир», 2017. – 64 с.

УДК 376

ББК 74.3

К76

Исмагулова С.К., Кошербаева Л.К.

ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В
ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОРИЕНТИРОВАНИИ И
СОЦИАЛИЗАЦИИ. МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ.

ISBN 978-601-7647-33-9



ISBN 978-601-7647-33-9



9|786017|647339|

