

Содержание

Введение.....	3
1 Аутизм.....	5
1.1 Психолого-педагогическая характеристика детей с РАС.....	5
1.2 Диагностика аутизма.....	8
1.3 Коррекционно-педагогическая помощь при аутизме.....	16
1.4 Нормативно-правовое обеспечение системы помощи детям с расстройствами аутистического спектра.....	19
2 Специальное образование детей с РАС.....	23
2.1 Особенности организации обучения аутичного ребёнка.....	23
2.2 Принципы и специфические особенности обучения детей с РАС.....	29
2.3 Альтернативные методы коммуникации при обучении детей с РАС.....	31
Заключение.....	35
Список использованных источников и литературы.....	37

Введение

РАС отличается от всех аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью, как клинической картины, так и психологической структуры нарушений. С синдромом аутизма связано особое нарушение психического развития детей. Эта проблема очень плохо изучена и очень многие вопросы в ней остаются открытыми, что затрудняет процессы обучения, воспитания и коррекции таких детей. Развитие инклюзивной практики в образовании в последние годы ведет к тому, что в качестве субъектов включения выступают все более сложные категории детей с ОВЗ, в частности дети с расстройствами аутистического спектра (РАС). Несмотря на положительные достижения в этой сфере, существует большое количество проблем, связанных с недостаточностью методического обеспечения и недостаточно разработанной нормативно-правовой базой.

Планирование и организация обучения детей с аутизмом требует определения соотношения форм специального образования и интеграции в общеобразовательную среду соответствующего их особым образовательным потребностям. Практикуемое индивидуальное обучение на дому не отвечает потребностям детей с аутизмом, более того способствует их вторичной аутизации (дефицит социальных впечатлений, ограничение контактов привычной домашней обстановкой). В настоящее время разработаны методы адаптации школьной среды и процесса обучения к возможностям и трудностям аутичных детей, которые купируют поведенческие проблемы, а также способствуют образованию форм адекватного поведения и облегчают усвоение образовательной программы. Также ребенок с РАС должен иметь возможность наблюдать за образцами адекватного социального поведения других детей и, по возможности, следовать им.

Таким образом основной специальной задачей в организации школьного обучения аутичного ребенка является не точное приспособление к имеющимся у

него возможностям обучения, а помощь в постепенном и последовательном освоении более сложной и динамичной образовательной среды.

Цель работы - изучить психолого-педагогические особенности обучения аутичных детей.

Объект работы - особенности аутичных детей.

Предмет работы - коррекционно-педагогические принципы и особенности работы с аутичными детьми.

Для реализации поставленной цели будут решены следующие задачи:

- 1) изучить психологические особенности и методы диагностики аутичных детей;
- 2) изучить нормативно-правовую документацию для оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра
- 3) изучить педагогические принципы и особенности работы с аутичными детьми

1 Аутизм

1.1 Психолого-педагогическая характеристика детей с РАС

Термин аутизм ввел в 1912 году Э. Блейлер для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями человека и не зависит от реальной действительности [14].

РДА или синдром Каннера - это аномалия психического развития, состоящая главным образом в субъективной изолированности ребенка от внешнего мира [4].

Под названием “синдром РДА” впервые описан Л. Каннером в 1943 году. Независимо от Каннера синдром был описан в 1944 году Г. Аспергером и в 1947 году С.С. Мнухиным.

Для аутизма характерна триада нарушений [14]:

1. Качественные нарушения социального взаимодействия:

-невозможность в общении использовать взгляд, мимические реакции, жесты и позу в целях взаимопонимания

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

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

-неспособность к социально опосредованному эмоциональному реагированию, отсутствие или девиантный тип реагирования на чувства окружающих, нарушение модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом или нестойкая интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

-неспособность к спонтанному переживанию радости, интересов или деятельности с окружающими.

2. Ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности:

-обращенность к одному или нескольким стереотипным интересам, аномальным по содержанию, фиксация на неспецифических, нефункциональных

поведенческих формах или ритуальных действиях, стереотипные движения в верхних конечностях или сложные движения всем телом;

-преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональными элементами игрового материала.

3. Нарушения в области коммуникации

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

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

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

-отсутствие символических игр раннем возрасте, игр социального содержания.

Для поведения аутичного ребенка весьма характерен феномен тождества, проявляющийся в стремлении к сохранению привычного постоянства, в противодействии любым изменениям в окружающем. Внешне эти реакции на изменения могут проявляться в беспокойстве, страхах, агрессии и самоагрессии, гиперактивности, расстройствах внимания, расстройстве концентрации. Стереотипность проявляется и в игре: очень типично однообразное, бессмысленное повторение одних и тех же действий (ребенок вертит бутылку из-под минеральной воды, перебирает между пальцами веревочку и т.п.). Игрушки если и используются, то не по назначению. Дети с аутизмом любят переливать воду, играть с сыпучими материалами, но, играя в песочнице, аутичный ребенок не лепит куличи, а просто пересыпает песок [1].

Неравномерность развития при аутизме отчетливо проявляется в особенностях моторики. Движения аутичных детей угловатые, вычурные, несоразмерные по силе и амплитуде.

Очень рано появляются страхи, которые могут быть диффузными, неконкретными, на уровне общей тревоги и беспокойства, и дифференцированными, когда ребенок боится определенных предметов и явлений, причем перечень объектов страха поистине бесконечен: зонты, шум

электроприборов, мягкие игрушки, собаки, все белое, машины, подземные переходы и другое.

Еще одной особенностью внутреннего мира детей с аутизмом являются аутистические фантазии. Их основные черты - оторванность от реальности, слабая, неполная и искаженная связь с окружающим. Эти отличающиеся стойкостью фантазии как бы замещают реальные переживания и впечатления, нередко отражают страхи ребенка, его сверхпристрастия и сверхценные интересы, являются результатом осознания ребенком в той или иной мере своей несостоятельности, а иногда следствием нарушения сферы влечений и инстинктов [4].

Приводимые разными авторами особенности речевого развития аутичных детей многочисленны, но в основном совпадают. Это:

- мутизм (отсутствие речи) значительной части детей;
- эхоталии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), часто отставленные, т.е. воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время;
- большое количество слов-штампов и фраз-штампов, фоногра-фичность («попугайность») речи, что при часто хорошей памяти создает иллюзию развитой речи;
- отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге (хотя монологическая речь иногда развита хорошо);
- автономность речи;
- позднее появление в речи личных местоимений (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе - «он» или «ты», о других иногда «я»);
- нарушения семантики (метафорическое замещение, расширение или чрезмерное - до буквальности - сужение толкований значений слов), неологизмы;
- нарушения грамматического строя речи;
- нарушения звукопроизношения;
- нарушения просодических компонентов речи [10].

Большой интерес представляет интеллектуальное развитие детей с аутизмом, главная особенность которого – неравномерность (парциальность) развития.

Помимо этого, по данным зарубежных и отечественных авторов, от 2/3 до 3/4 детей с аутизмом страдают той или иной степенью интеллектуальной недостаточности.

1.2 Диагностика аутизма

Для диагностики аутистического расстройства, на основании критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра, должно быть не менее 6 из перечисленных ниже симптомов (из них не менее 2 признаков должны относиться к первой подгруппе и не менее 1 –к остальным).

1. Качественные нарушения социального взаимодействия:

-невозможность в общении использовать взгляд, мимические реакции, жесты и позу в целях взаимопонимания

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

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

-неспособность к социально опосредованному эмоциональному реагированию, отсутствие или девиантный тип реагирования на чувства окружающих, нарушение модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом или нестойкая интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

-неспособность к спонтанному переживанию радости, интересов или деятельности с окружающими.

2. Качественные изменения коммуникации:

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

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

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

-отсутствие символических игр раннем возрасте, игр социального содержания.

3. Ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности:

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

-преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональным и элементами игрового материала.

4. Неспецифические проблемы:

–страхи, фобии, возбуждение, нарушения сна и привычек приема пищи, приступы ярости, агрессия, самоповреждения.

5. Манифестация симптомов до трехлетнего возраста [7].

При диагностике аутистических расстройств (синдрома Каннера, детского психоза, атипичного детского психоза, синдрома Аспергера, синдрома Ретта., умственной отсталости с чертами аутизма и др.) должны присутствовать перечисленные общие критерии расстройств психического развития; и в то же время каждая из выделенных подрубрик имеет свои особенности.

Этапы диагностики, шкалы, методы обследования

Рекомендуется пройти диагностику на предмет выявления РАС, если до 12 месяцев ребенок не гулит и не лепечет и у него отсутствует указательный жест; если до 16 месяцев он не начал произносить отдельные слова, если в возрасте 2 лет он не произносит коротких фраз, или если он очевидно теряет ранее приобретенные речевые и социальные навыки, независимо от возраста.

Диагностика расстройств аутистического спектра включает три этапа.

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

В мире разработан и широко используется стандартизованный скрининговый инструментарий:

- Экспресс-оценка аутистических проявлений – ADOS1;
- модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста M-CHAT;
- социально-коммуникативный опросник-SCQ1 и более подробного интервью ADI-R—«золотого стандарта» диагностики РАС;

Анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет).

Поскольку скрининг не используется для выставления диагноза, его могут осуществлять педиатры, невропатологи, педагоги, психологи, медицинские сестры, сами родители.

Американская ассоциация педиатров рекомендует проводить скрининг в возрасте 9, 18, 24 (30) месяцев - в критические периоды онтогенеза.

Проведение скрининга детей в возрасте 18 месяцев, 24 месяца жизни в РФ считается обоснованным, т.к. в указанном критическом периоде онтогенеза отмечается особая чувствительностью к повреждающим факторам.

Второй этап—диагностика и дифференциальная диагностика аутизма проводится врачом-психиатром.

Объективный анамнез собирается путем изучения медицинской документации, характеристик из дошкольных учреждений, коррекционных центров, школа также из бесед с родственниками пациента и, по возможности, с пациентом.

С помощью расспроса собирается субъективный анамнез(если позволяет уровень психического развития пациента) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. Расспрос должен проводиться в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключаящей постороннее вмешательство и любые другие отвлекающие факторы. Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми, однозначными и

понятными пациенту. Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему.

В зависимости от возраста пациента и его пожеланий сбор информации производится в присутствии или отсутствии родителей. При сборе анамнеза у пациента с аутистическим расстройством следует обратить внимание на наличие суицидальных мыслей или поведения.

Изучение психического статуса пациента происходит в процессе расспроса и сбора анамнеза, в результате наблюдения за испытуемым во время пребывания его на приеме у врача, при стационарном обследовании и лечении – в отделении, дневном полустационаре.

Во время беседы с испытуемым выявляются [15]:

- сформированность пространственно-временных представлений – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени;
- уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт с врачом, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции;
- особенности развития грубой и тонкой моторики;
- сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);
- уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума;
- индивидуальное социальное поведение , коммуникация;
- особенности мотивационно-потребностной сферы;
- особенности памяти, внимания, работоспособности;
- особенности эмоциональных проявлений;
- психические расстройства, имеющиеся на момент исследования (особенно стереотипии в речи. моторике, поведении);
- когнитивные нарушения на момент обследования (познавательная активность, внимание, память, скорость протекания мыслительных процессов, интеллект и др.);
- глубина аутизма;

-выраженность задержки психического развития, инфантилизма, интеллектуального дефекта;

-сопутствующие психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования.

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

Физикальное исследование (соматическое и неврологическое) вначале проводится самим психиатром, затем педиатром, невропатологом.

Общий осмотр тела включает:

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

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

- выявление следов инъекций различной давности, если они имеются [9].

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

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

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

-исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии) [9].

При неврологическом исследовании определяются:

-расстройства функций черепно-мозговых нервов;

-рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические

–стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);

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

-мозжечковая патология и расстройства координации движений;

-чувствительность и ее нарушения;

-расстройства функций вегетативной нервной системы [9].

При наличии показаний консультации терапевта

-педиатра, невропатолога, окулиста, гинеколога, патопсихолога, нейропсихолога, другие лабораторные и инструментальные исследования, токсикологические тесты.

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики (стандарты специализированной стационарной и амбулаторной помощи для больных с РАС).

В качестве основного инструментария при клиническом исследовании в мире используется количественная шкала оценки выраженности детского аутизма («Childhood Autism Rating Scale» –CARS).

CARS-Рейтинговая шкала детского аутизма, стандартизированный инструмент, основанный на непосредственном наблюдении за поведением ребенка в возрасте от 2 лет в 15 функциональных областях: взаимоотношения с людьми; имитация; перцепция (зрительный контакт, реакция на слуховые раздражители, вкус, обоняние и осязание); эмоциональный ответ; тревожные реакции и страхи; моторика, координация движений; игра (использование предметов); адаптация к изменениям; вербальная коммуникация; невербальная коммуникация; уровень активности; уровень и постоянство интеллектуальных ответов; общее впечатление.

Каждый из 15 параметров оценивается по 4-балльной шкале, возможные итоговые суммарные оценки могут варьировать от 15 до 60 баллов. Итоговая оценка в диапазоне от 15 до 29 баллов соответствует отсутствию аутизма, 30-36 баллов –

легкому/умеренно выраженному аутизму, 37-60 –тяжелому. В диапазоне тяжелого аутизма в ряде случаев дополнительно выделяют крайне тяжелый аутизм (42 -60 баллов).

Приведенные оценочные шкалы являются дополнением и не могут заменить клиническую оценку врача, алгоритм оказания помощи.

При своевременной ранней диагностике психотических форм РАС, терапии в первые 2-3 месяца течения болезни, удастся остановить течение и за счет онтогенеза компенсировать задержку в развитии пациента.

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

Большой научно-исследовательский и научно-практический интерес во всем мире вызывает комплекс методик РЕР, предложенный американскими учеными E. Schopler и R. Reichler с соавторами в 1979 году. В настоящее время используется РЕР-3. Данная методика создавалась и предназначена для оценки особенностей развития детей с аутистическими расстройствами. В указанной методике наряду с количественной балльной оценкой предусмотрена и качественная оценка различных сфер психической деятельности ребенка с аутистическими расстройствами или умственной отсталостью.

Психологообразовательный тест применяется для динамической оценки сформированности психических функций, наличия когнитивных нарушений и выраженности патологических сенсорных знаков.

Шкала РЕР, разработанная специально для оценки психического возраста и развития детей с аутистическими расстройствами, умственным недоразвитием, позволяет определить степень зрелости 7 когнитивных сфер и параметров психической деятельности ребенка: подражания, восприятия, тонкой моторики, крупной моторики, зрительно-двигательной координации, когнитивных представлений, вербальной сферы. Наряду с указанной оценкой, РЕР позволяет оценить выраженность аутистических расстройств по 5 аутистическим сферам:

аффект, взаимоотношения, использование материала, сенсорные модели, особенности речи.

Общий балл, полученный в результате выполнения 12 субшкал PEP, отражает когнитивное (познавательное, интеллектуальное) развитие и возможности социальной адаптации, коммуникации у больных с аутистическими расстройствами. Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование дает информацию об индивидуально-психологических свойствах и психическом состоянии больного с РАС, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики.

Используются шкалы измерения интеллекта Векслера (оригинальный вариант WISC-IV, и его отечественные модификации для детей от 5 лет до 15 лет 11 месяцев и для дошкольников от 4 до 6,5 лет).

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

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

Нейропсихологическое диагностическое исследование, направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля).

Это позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка и разработать индивидуальную программу коррекции.

В числе параклинических методов при мультидисциплинарном подходе к изучению РАС, широко используется электроэнцефалография (ЭЭГ). У больных детей как с синдромальными, так и не синдромальными (в том числе психотическими) формами РАС есть определённые паттерны ЭЭГ, закономерно изменяющиеся по мере развития болезни и коррелирующие с особенностями клинических состояний. Это позволило выделить своеобразные ЭЭГ-маркеры некоторых форм РАС, которые используются для дифференциально-диагностических уточнений. Несмотря на нозологическую неспецифичность ЭЭГ, с её помощью можно обнаруживать связь определённых изменений в электрической активности мозга с клинической симптоматикой, устанавливать степень их патогенетической значимости для решения вопросов диагностики, прогноза, подбора терапии.

Доступный и не дорогостоящий метод ЭЭГ, введенный в стандарты оказания амбулаторной и стационарной помощи, позволяет не только обнаруживать эпилептическую активность, но и оценивать уровень зрелости и функциональной активности мозга. Иногда, особенно у детей с нарушениями психического развития, функциональные характеристики

ЭЭГ могут быть более информативными, чем результаты МРТ или ПЭТ исследований, нередко не подтверждающие аномалий развития мозга.

Методы нейровизуализации: компьютерная томография, магнитно-ядерно-резонансное исследование проводятся по показаниям.

Биологические маркеры (тест-системы), наряду с клиническими и патопсихологическими данными, вносят весомый вклад в решение вопросов диагностики, подбора индивидуальной терапии, мониторинга состояния пациентов.

1.3 Коррекционно-педагогическая помощь при аутизме

Система помощи лицам с аутизмом начала впервые формироваться в США и Западной Европе в середине 60-х гг. Нужно, однако, отметить, что первая в Европе (и, по-видимому, в мире) школа для аутичных детей - Sofienskole - начала функционировать в Дании в 1920 г., когда ни в психиатрии, ни в специальной педагогике понятие детский аутизм еще не было сформулировано. Кроме того, предысторией развития системы помощи детям с РДА можно считать появление в конце 50-х гг. небольшого количества частных учреждений, чья деятельность основывалась на принципах различных вариантов психоанализа [11].

Оперантное обучение (поведенческая терапия) достаточно широко распространено в США и некоторых других странах (Норвегия, Южная Корея, ряд арабских стран, в некоторой степени Германия). Метод предполагает создание внешних условий, формирующих желаемое поведение в самых различных аспектах: социально-бытовом развитии, речи, овладении учебными предметами и производственными навыками. Обучение проводится в основном индивидуально. Формально эффективность метода достаточно высока: до 50-60% воспитанников становятся способны и овладевают программой массовой школы, получают возможность работать достаточно успешно для того, чтобы обеспечить свое существование, а в отдельных случаях даже поступают в колледжи и университеты.

Вместе с тем полученные в ходе обучения навыки с трудом переносятся в другие условия, носят ригидный, в большей или меньшей степени механический, «роботоподобный» характер, и желаемый уровень гибкой адаптации к жизни в обществе, как правило, не достигается, а если это и происходит, то не только благодаря, но и в значительной степени и вопреки использованному методу.

ТЕАССН-программа начала разрабатываться Э. Шоплером, р. Райхлером и Г. Месибовым в начале 70-х гг. в университете штата Северная Каролина и сейчас в этом и в некоторых других штатах является государственной, она широко распространена во многих странах Европы, Азии, Африки. При некотором сходстве отдельных методических черт ТЕАССН-программы и оперантного обучения между ними есть различия концептуального порядка.

Тщательное изучение особенностей психики аутичных детей привело многих зарубежных авторов к выводу, что при аутизме мышление, восприятие и психика в целом организованы совсем иначе, чем в норме: восприятие носит в основном симультанный характер, дети не усваивают или усваивают с большим трудом сукцессивно организованные процессы, у них особый характер мышления.

Эти особенности психики затрудняют, а в тяжелых случаях делают невозможной адаптацию к окружающему миру, и, по мнению сторонников ТЕАССН-программы, следует направлять усилия не на адаптацию ребенка к миру, а на создание соответствующих его особенностям условий существования.

Усилия направляются на развитие невербальных форм коммуникации, на формирование простых бытовых навыков. Обучение речи считается целесообразным только при $IQ > 50\%$ и не расценивается как обязательное, так же как и воспитание учебных и профессиональных навыков. В основе конкретных методик - четкое структурирование пространства и времени (через различные формы расписаний), опора на визуализацию [10].

ТЕАССН-программа практически никогда не обеспечивает достаточно высокого уровня адаптации к реальной жизни, но она позволяет довольно быстро достичь положительных устойчивых изменений в работе даже с очень тяжелыми случаями аутизма. Цель - добиться возможности жить «независимо и самостоятельно» достигается, но только в особых, ограниченных или искусственно созданных условиях. Организационно идеальными считаются развитие и жизнь домашних условиях, так как именно семья - «естественная среда существования» для аутичного ребенка. Этот тезис делает работу с родителями чрезвычайно важной.

Помимо оперантной терапии и программы ТЕАССН на Западе используются холдинг-терапия (М. Уэлш), терапия «ежедневной жизнью» (К. Китахара), терапия «оптимальными условиями» (Б. и С. Кауфманы) и др.

Из отечественных подходов к коррекции аутизма наиболее известна предложенная К.С. Лебединской и О.С. Никольской методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции основанная на представлении об аутизме прежде всего как об аффективном расстройстве. В отличие от зарубежных методов

большое значение отводится комплексности - постоянному взаимодействию педагогов, психологов и врачей-психиатров. Основные усилия направляются на коррекцию эмоциональной сферы, на эмоциональное тонизирование ребенка. Метод достаточно эффективен при работе с относительно легкими формами РДА, применение же его для случаев с глубокими аутистическими расстройствами представляется весьма проблематичным [8].

1.4 Нормативно-правовое обеспечение системы помощи детям с расстройствами аутистического спектра

Конвенция ООН о правах ребёнка - Государства-участники признают право ребенка на образование, и с целью постепенного достижения осуществления этого права на основе равных возможностей они, в частности а) вводят бесплатное и обязательное начальное образование; б) поощряют развитие различных форм среднего образования обеспечивают его доступность для всех детей; в) обеспечивают доступность высшего образования для всех на основе способностей каждого [15].

Конвенция ООН о правах инвалидов [1.4]:

1. Государства-участники признают право инвалидов на образование. В целях реализации этого права без дискриминации и на основе равенства возможностей государства-участники обеспечивают инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни, стремясь при этом:

а) к полному развитию человеческого потенциала, а также чувства достоинства и самоуважения и к усилению уважения прав человека, основных свобод и человеческого многообразия;

б) к развитию личности, талантов и творчества инвалидов, а также их умственных и физических способностей в самом полном объеме;

с) к наделению инвалидов возможностью эффективно участвовать в жизни свободного общества.

2. При реализации этого права государства-участники обеспечивают, чтобы:

а) инвалиды не исключались по причине инвалидности из системы общего образования, а дети-инвалиды — из системы бесплатного и обязательного начального образования или среднего образования;

б) инвалиды имели наравне с другими доступ к инклюзивному, качественному и бесплатному начальному образованию и среднему образованию в местах своего проживания;

с) обеспечивалось разумное приспособление, учитывающее индивидуальные потребности;

д) инвалиды получали внутри системы общего образования требуемую поддержку для облегчения их эффективного обучения;

е) в обстановке, максимально способствующей освоению знаний и социальному развитию, сообразно с целью полной охваченности принимались эффективные меры по организации индивидуализированной поддержки.

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

В образовательных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным образовательным программам дошкольного образования, должны быть созданы специальные условия для получения дошкольного образования детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Под специальными условиями для получения дошкольного образования детьми с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких детей, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего детям необходимую

техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания образовательных организаций и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ дошкольного образования детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Дошкольное образование детей с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими детьми, так и в отдельных группах или в отдельных образовательных организациях.

Численность обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в учебной группе устанавливается до 15 человек.

При получении дошкольного образования воспитанникам с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

Для воспитанников, нуждающихся в длительном лечении, детей-инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, на основании заключения медицинской организации и письменного обращения родителей (законных представителей) обучение по образовательным программам дошкольного образования организуется на дому или в медицинских организациях.

Рекомендуемое количество детей в группах компенсирующей направленности для детей до 3 лет и старше 3 лет, соответственно, не должно превышать:

- для детей с аутизмом только в возрасте старше 3 лет - 5 детей.

В образовательных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, создаются специальные условия для получения образования учащимися с ограниченными возможностями здоровья.

В образовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность по адаптированным образовательным программам, допускается [6]:

- совместное обучение учащихся с задержкой психического развития и учащихся с расстройством аутистического спектра, интеллектуальное развитие которых сопоставимо с задержкой психического развития;

- совместное обучение по образовательным программам для учащихся с умственной отсталостью и учащихся с расстройством аутистического спектра, интеллектуальное развитие которых сопоставимо с умственной отсталостью (не более одного ребенка в один класс).

Учащимся с расстройством аутистического спектра, интеллектуальное развитие которых сопоставимо с задержкой психического развития, на период адаптации к нахождению в образовательной организации (от полугода до 1 года) организуется специальное сопровождение.

Для успешной адаптации учащихся с расстройствами аутистического спектра на групповых занятиях кроме учителя присутствует воспитатель (тьютор), организуются индивидуальные занятия с педагогом-психологом по развитию навыков коммуникации, поддержке эмоционального и социального развития таких детей из расчета 5-8 учащихся с расстройством аутистического спектра на одну ставку должности педагога-психолога.

При организации образовательной деятельности по адаптированной основной образовательной программе создаются условия для лечебно-восстановительной работы, организации образовательной деятельности и коррекционных занятий с учетом особенностей учащихся из расчета по одной штатной единице [1]:

- учителя-дефектолога (сурдопедагога, тифлопедагога) на каждые 6-12 учащихся с ограниченными возможностями здоровья;

- учителя-логопеда на каждые 6-12 учащихся с ограниченными возможностями здоровья;

- педагога-психолога на каждые 20 учащихся с ограниченными возможностями здоровья;

- тьютора, ассистента (помощника) на каждые 1-6 учащихся с ограниченными возможностями здоровья.

2 Специальное образование детей с РАС

2.1 Особенности организации обучения аутичного ребёнка

Важный момент, который следует учесть в работе с аутичным ребёнком – это трудности в понимании смысла всего происходящего вокруг него. Нарушения развития базальных аффективных механизмов препятствует развитию способности познавать мир и ориентироваться в нём. Во всех тестах, оценивающих психическое развитие, аутичный ребёнок показывает наихудшие результаты именно в заданиях, оценивающих понимание им социальных смыслов. Аутичный ребёнок может достичь большего успеха в составлении геометрического узора, когда обычный ребёнок получает преимущество, если предлагаемая ему картинка становится осмысленной. Без специальной коррекционной работы аутичные дети могут не замечать смысла происходящих вокруг них событий, если они конечно не затрагивают их стереотипного жизненного ритуала. Они не понимают чувств других людей и вообще то, что люди тоже являются живыми существами. Но это не значит, что такой ребёнок индифферентен по отношению к другим людям, привязанность к другому человеку может быть очень сильной, но как правило это очень примитивная симбиотическая привязанность ради себя, как к условию выживания. Развитие способности аутичного ребёнка адекватно оценивать смысл происходящего и организовывать поведение в соответствии с этим смыслом требует специальной работы. Среда, в которой живёт и учится аутичный ребёнок должна иметь максимально проработанную смысловую структуру. С ним ничто не должно происходить механически. Расписание составляется для него осмысленно, связно, много раз повторяется, обсуждается. Любое его действие планируется для чего-то, что будет хорошо; любое совершающее действие комментируется, потом к нему возвращаются и оно оценивается снова с точки зрения его смысла, пользы, радости. Любой навык осваивается осмысленно, для непосредственного практического использования в жизни сейчас и потом.

Аутичного ребёнка надо учить практически всему. Для него важно само введение его в смыслы человеческой жизни, в социальную жизнь, усвоение роли ученика, стереотипа школьного поведения, постепенное развитие возможности произвольного взаимодействия с другими людьми. Содержанием может быть и обучение навыкам коммуникации и бытовой адаптации, школьным навыкам, расширение знаний об окружающем мире, других людях. Конечно, освоение навыков бытовой адаптации, самообслуживания должно идти дома, но школа в этом случае не должна оставаться в стороне. Моменты школьного дня, когда ребёнок раздевается и одевается, переодевается на физкультуру, завтракает и обедает в столовой должны рассматриваться как ситуации обучения и должны быть чётко структурированы.

Социализация такого ребёнка, преодоление им трудностей обучения, конечно, происходит на основе установления эмоционального контакта, личной связи учителя с ребёнком. Именно благодаря тому, что учитель уже видит в ребёнке «хорошего ученика», он будет пытаться соответствовать этим представлениям. Для такого ребёнка важны личные отношения. Он может долго не воспринимать инструкций, но бывает достаточно улыбки, прикосновения и ребёнок включается в общую работу. Желательно создать ребёнку хорошую репутацию в глазах одноклассников, опираясь на его сильные стороны. Неформальные контакты на перемене тоже должны быть организованы. Для такого ребёнка очень важно быть рядом с доброжелательным сверстником, наблюдать за играми, слушать разговоры, пытаться понять их интересы, отношения. С ним надо специально проговаривать, обсуждать возникающие ситуации. Очень важно сохранить для такого ребёнка возможность участвовать в общих экскурсиях, концертах, походах.

Структурированное обучение и его компоненты:

- Структурированное пространство
- Визуальное расписание
- Компоненты процесса обучения: система презентации задания и

визуальная структура [11]

Структурированное обучение — это система организации среды обучения для аутистов, развития необходимых навыков и помощи в понимании требований учителя. [14]

Структурированное обучение использует зрительные опорные сигналы, которые помогают аутичным детям сосредоточиться на актуальной информации, учитывая то, что для них бывает сложно отделить важную информацию от несущественной.

Структурированное обучение — это конструктивный подход к сложностям поведения аутистов и создание такой среды обучения, которая минимизировала бы стресс, тревогу и фрустрацию, характерные для этих детей [14].

Это структуры, позволяющие организовать индивидуальную материальную среду обучения. Структурированное пространство состоит из ряда частей:

Местоположение. Структурированное пространство необходимо во всех помещениях, в которых аутичный ученик проводит время, включая классы, игровые площадки, мастерские, спальни, коридоры, раздевалки.

Дизайн. Четкие визуальные и материальные границы: мебель в классе (книжные шкафы, панели, полки, столы, коврики, разделяющие перегородки) должна быть расставлена таким образом, чтобы обозначить наличие нескольких зон с разным назначением. Для визуального обозначения границ можно использовать разные по цвету напольные покрытия или цветную клейкую ленту для пола.

Минимизация визуальных и аудиальных отвлекающих факторов.

Визуальные отвлекающие факторы можно минимизировать следующим образом:

— покрасить все помещение (стены, потолки, доски и т.д.) приглушенным цветом (например, кремовым);

— минимизировать визуальный «шум» в виде развешенных на стенах сезонных украшений, и разложенных учебных материалов;

— использовать покрывала/занавески, чтобы накрыть или отгородить полки с ненужными в данный момент материалами и другие отвлекающие объекты (компьютер, копировальная машина, телевизор/видеопроектор и т.д.);

— хранение оборудования и материалов в другой зоне. Пример: В игровой зоне ограничьте число игрушек, которые могут использовать дети, а затем еженедельно обновляйте состав: выкладывайте «новые» и убирайте «старые»;

— используйте естественное освещение, сокращая время работы отвлекающих флуоресцентных ламп. Используйте шторы и жалюзи, если солнечный свет слишком ярк, создавая при этом теплую и спокойную среду;

— действие слуховых отвлекающих факторов может быть снижено с помощью ковровых покрытий, более низких потолков в помещении

— в любой структурированной среде должны быть зона получения инструкций, зона самостоятельной работы, зона отдыха и досуга. В классной комнате это могут быть следующие зоны: маленькая зона групповой работы, зона самостоятельной работы, зона работы учителя с учеником один на один, зона отдыха (игры, досуга), спокойная зона на случай истерики у ребенка. Все эти зоны должны иметь четкие визуальные границы, чтобы ребенок с аутизмом понимал назначение данного участка пространства [9].

Визуальное расписание — это один из важнейших составных компонентов структурированной среды обучения, который сообщает учащемуся с аутизмом, какие занятия будут проводиться и в какой последовательности.

Визуализированные расписания важны для детей с аутизмом по следующим причинам:

— помогают преодолеть сложности, являющиеся результатом слабой последовательной памяти, и организовать время;

— помогают детям с языковыми проблемами понять требования учителя;

— снижают уровень тревожности у аутичных посредством высокого уровня предсказуемости происходящего для обучающихся;

— расписания проясняют, какой вид деятельности происходит в определенный период времени (например, перемена после урока), а также готовит учащихся к возможным изменениям;

— помогает обучающемуся самостоятельно перейти от одного вида деятельности к другому;

— Визуализированное расписание использует стратегию «сначала-потом» [3].

Компоненты процесса обучения:

Компоненты процесса обучения включают в себя Систему презентации задания и Визуальную структуру.

Системой презентации задания называется системная и организованная подача заданий/материалов с целью обучения ребенка самостоятельной работе без помощи взрослого. Каждая система, независимо от вида деятельности, должна включать ответы на следующие вопросы:

— Какую работу необходимо выполнить? В чем состоит задание?

— Каков объем работы? Нужно визуально представить обучающемуся в точности, какой объем работы он должен выполнить. Необходимо помнить о том, что аутичные дети обрабатывают в первую очередь информацию, поступающую по визуальному каналу, поэтому его может выбить из колеи вид большого объема работы.

— Когда я закончу выполнять данный вид работы? Обучающийся должен сам понять, когда задание выполнено. Это может быть ясно из самого задания, также можно использовать таймеры либо визуальные сигналы, например, на листе с заданиями поставить красную точку, обозначающую конец заданий на данном занятии.

— Что последует за этим? Ученик мотивирован на успешное завершение предложенного задания, если за этим должно последовать подкрепление: непосредственное материальное подкрепление, какой-то любимый вид деятельности, перемена, деятельность по желанию учащегося.

Визуальная структура. Визуальные опорные сигналы должны быть включены в задание/вид деятельности учащегося, что поможет ему не ждать вербальной или физической подсказки от учителя для понимания того, что именно он должен сделать [3].

Для того чтобы помочь ученику сосредоточиться на главном при выполнении задания, его ежедневные виды деятельности/задания должны включать следующие компоненты:

Визуальная инструкция. Визуальная инструкция помогает ученику провести серию последовательных шагов для достижения поставленной цели. Визуальные инструкции могут иметь разные формы:

— Сами материалы задания определяют необходимые действия (например, собрать пирамидку: кольца лежат в коробке слева, стержень стоит справа, т.е. опять соблюдается последовательность слева направо).

— Графическое изображение (например, нарисованы контуры тарелок и приборов для еды, на которые учащийся должен поставить реальные предметы).

— Рисунки предметов (например, картинки игрушек или одежды на тех местах, куда ребенок должен их положить при обучении ребенка навыку содержать в порядке свои вещи).

— Письменная инструкция (пошаговое описание выполнения задания или последовательных действий, например, утреннего режима или правильного написания слова).

— Образец завершенного задания (например, картинка, выполненная другим учеником) [13].

Визуальная организация — это презентация учебных материалов и организация пространства таким образом, чтобы минимизировать влияние посторонних сенсорных стимулов. Визуальная организация может включать в себя использование емкостей для организации материалов (например, материалы для каждого вида деятельности кладутся в отдельную коробку [14].

Визуальная четкость. Целью визуальной четкости является выделение важной информации, главных понятий, частей инструкции и ключевых материалов. Задание должно быть построено так, чтобы в самом построении содержалась подсказка ученику, на каких деталях следует сосредоточить внимание. Такие детали выделяются цветом, картинками, цифрами или буквами. На самом конкретном уровне визуальная четкость проявляется в ограничении объектов на рабочем месте ученика лишь теми материалами, которые необходимы ему при выполнении конкретного задания.

Стратегия структурированного обучения позволит обучающемуся с аутизмом научиться концентрировать внимание на визуальных опорных сигналах в различных средах и ситуациях и таким образом повысит уровень самостоятельности в различных видах деятельности. Важно отметить, что различные системы обучения и терапии: сенсорная интеграция, система коммуникации с помощью обмена картинками, игровая терапия Гринспэна, АВА, — успешно совмещаются со стратегией структурированного обучения.

2.2 Принципы и специфические особенности обучения детей с РАС

Рассмотрим понятие «обучение аутиста» в самом широком смысле, подразумевая как постижение этапов общеобразовательных программ, так и овладение ребёнком различными бытовыми навыками и правилами общения в повседневной жизни. Дома и в школе обучение должно проходить в позитивно окрашенной атмосфере. Акцент должен делаться на успехи ребёнка

Принципы обучения детей с аутизмом:

- принцип комплексного воздействия
- принцип систематичности
- принцип наглядности
- принцип простоты задания при многократном и длительном повторении с одновременным проговариванием
- принцип дифференцированного подхода
- принцип «право на ошибку»
- принцип «действия в зоне интересов ребёнка»
- принцип игровой подачи дидактики
- принцип успешности [6]

Планируя урок или занятие необходимо помнить о повышенной психической пресыщаемости обучающихся. Поэтому важно предусмотреть своевременное чередование труда и отдыха. Можно предложить ребёнку посмотреть мультфильм или послушать музыку и продолжить работу. С аутичным ребёнком очень важно максимально использовать возможность непроизвольного обучения, усвоения новой

информации, новых умений и навыков в необязательной ситуации, в игровой форме. С другой стороны необходима упорная работа по постепенному развитию возможности произвольной организации такого ребёнка. Учитывая, что ребёнок - аутист моторно неловок (и общая моторика и мелкая) необходимо проводить постоянную работу по развитию координации движений.

Многие элементы обучения первоначально можно вводить в игру. Пересчитываем вагоны игрушечного поезда и делаем таблички с названиями станций; соображаем, сколько пирожков слепить из пластилина, чтобы "угостить" всех зверей, подписываем рисунки, лепим буквы из пластилина или выкладываем их из конструктора, из сушек и т.п. Так, сначала исподволь мы провоцируем интерес ребенка к освоению навыков чтения, счета, письма, и это помогает в дальнейшем избежать его негативизма по отношению к обучению.

При обучении чтению можно вначале ориентироваться на его хорошую произвольную память, на то, что он "механически" может быстро запомнить все буквы, когда играет с азбукой или с кубиками, на которых написаны буквы. Взрослому достаточно время от времени называть буквы, не требуя от ребенка постоянного повторения, не проверяя его, так как все, что требует произвольного сосредоточения, может вызвать его негативизм. Обратиться к методике "глобального чтения", т.е. чтения целыми словами [5].

Для развития речи важна работа с картиной, серией картин. Пополнение словарного запаса в некоторых случаях очень удобно осуществлять путём написания слов на карточках- этикетках и прикреплять их к конкретному образу. Постепенно убирать образы.

Обучая аутичного ребенка счету, следует также помнить, что он может научиться считать механически, не соотнося цифры с количеством, не понимая реального смысла счета. Ребенок может развлекать себя, считая до тысячи, но при этом он не в состоянии осмыслить и перевести в форму примера простейшую задачу. Поэтому обучение счету аутичного ребенка всегда должно начинаться с работы по сравнению количеств, соотнесения цифры и числа предметов, с использованием на уроках наглядного, предметного материала, игрушек.

Подготовка руки к письму связана с необходимостью отработки произвольных ручных движений, трудных для аутичного ребенка из-за нарушений в распределении психофизического тонуса. Любые моторные навыки у аутичного ребенка лучше отрабатывать, манипулируя его руками, т.е. мы вкладываем кисточку, карандаш или ручку в руку ребенка и водим его рукой, придерживая ее за кисть. Таким способом мы передаем ему "моторный образ" (двигательный стереотип) написания какого-то графического элемента. Постепенно такую "физическую" помощь надо уменьшать: не водить рукой ребенка, а только слегка придерживать его кисть или локоть, а затем переходить к письму "по точкам", иначе он привыкнет к постоянной "ручной" поддержке и без нее не будет "включаться" в письмо.

2.3 Альтернативные методы коммуникации при обучении детей с РАС

Цели использования альтернативных систем коммуникации:

- возможность общения с близкими людьми, с семьей, со сверстниками, педагогами;
- развитие когнитивных возможностей, стимулируется и активизируется деятельность ребенка и его взаимодействие с окружающим;
- увеличивается словарный запас, расширяются представления об окружающем мире [12].

Пиктографическое письмо (рисуночное письмо) т.е. отображение общего содержания сообщения в виде рисунка или последовательности рисунков, обычно в целях запоминания, известно со времён неолита. Пиктография – вид письма, при котором предметы, события и действия изображаются с помощью условных знаков – пиктограмм. Известно пять видов основных назначений, которые выполняли пиктограммы (любовные, охотничьи, магические, военные, политические) [14].

Лёб-система. Цель занятий по данной методике – научить ребенка не только «читать» символы, но и «отвечать» на вопросы, высказывать свои желания. Данная методика включает понятия, с которыми ребенок сталкивается ежедневно. Это такие разделы, как «Я – ребенок», «Я и моя семья», «Ребенок и его игрушки», «Ребенок и

его дом», «Ребенок и мир животных», «Ребенок и мир растений», «Ребенок и явления природы».

В качестве системы символов для вступления в коммуникацию с неговорящими детьми используют методику «Лёб - система», разработанная Р. Лёб в Германии. Данная методика охватывает всего 60 символов и используется для работы с детьми, имеющими в своем развитии умственные и физические отклонения. Данная система включает следующие разделы: общие знаки взаимопонимания; слова, обозначающие качества; состояние здоровья; посуда, продукты питания; личная гигиена; игры и занятия; религия; чувства; работа и отдых.

«Я хочу» – самые важные слова в данной методике. Цель системы – научить ребенка выражать с помощью символов свои желания. На втором плане стоят слова –«Ты должен».

Важным моментом в методике «Лёб-система» является то, что при взаимодействии с ребенком можно опираться на имеющиеся понятия и один символ может обозначать разные желания.

Блисс-система. Случайному собеседнику, незнакомому с блисс-методом, не обязательно знать значение символов - он может прочесть слово, сопровождающее каждый символ в блисс - карте. При тяжелых формах ДЦП, когда ребёнок не может выполнять указательные жесты руками, на его голову надевают шлем или повязку с лазерной указкой. Двигая головой, он может управлять лазерным лучом, подсвечивая необходимый символ.

Эта языковая система подходит к использованию на разных речевых уровнях, от сигнального слова до грамматически совершенного предложения.

Голландская система коммуникаций. Используются картинки – символы по разным темам. Дети учатся составлять предложения с помощью символов. Наиболее эффективно - использовать карточки для обозначения действий во время занятий (Дима рисует), а также мини бытовых событий (Саша ест. Кошка спит).

Говорящая книга. Система общения при помощи обмена карточками PECS была разработана Лори А. Фрост и Энди Бонди для быстрого обучения детей с

аутизмом и сопутствующими нарушениями развития целенаправленному, самостоятельному иницируемому общению. Теоретическая основа системы сочетает в себе принципы прикладного анализа поведения, представления о нормальном языковом и речевом развитии, а также методические разработки в области дополнительной и альтернативной коммуникации.

Данная программа не учит устной речи напрямую, однако такое обучение способствует развитию речи у ребенка с аутизмом — некоторые дети после начала программы PECS начинают использовать спонтанную речь. Программа PECS была разработана Программой Делавера по аутизму. Обучение системе PECS происходит в естественной для ребенка среде, в классе или дома, во время его типичных занятий в течение дня. Обучение ребенка такой коммуникации происходит с использованием положительной поведенческой поддержки.

Начинается обучение работе с ПЕКС после усвоения ребенком базисного курса, включающего: отработку сравнительно устойчивого зрительного контакта, слов или жестовых обозначений "да", "нет", "дай".

Ещё один важный навык - имитация действий "сделай, как я". Ребёнок должен уметь повторить серию из простых 2-3 действий, когда действия не называются.

Метод глобального чтения. Авторами метода «Глобальное чтение» можно считать американского нейрофизиолога Глена Домана и японского педагога Шиничи Сузуки. Суть метода состоит в том, что ребенок на протяжении длительного времени регулярно воспринимает зрительно и на слух написанные целиком слова, словосочетания, короткие предложения. В результате обработанной мозгом информации, ребенком самостоятельно выводится технология чтения любых слов и текстов.

Эта методика представляется более адекватной при обучении аутичных детей, чем побуквенное или послоговое чтение. Дело в том, что, научившись складывать буквы или слоги, аутичный ребенок может долгое время читать механически, не вникая в смысл прочитанного. Он увлекается самим процессом соединения букв и слогов, т.е. фактически начинает использовать его для аутостимуляции. При "глобальном чтении" можно избежать этой опасности, так как подписываем

картинки или предметы целыми словами, и слово всегда сочетается в зрительном поле ребенка с предметом, который оно обозначает. Кроме того, научить его читать целыми словами легче и быстрее, чем по буквам и по слогам, так как он, с одной стороны, с большим трудом воспринимает информацию, развернутую по шагам (по буквам, по слогам), и с другой, способен моментально запомнить, "зрительно сфотографировать" то, что находится в его зрительном поле. Удобно также и то, что методика ориентируется в основном на непроизвольное внимание ребенка, на то, что он исходно запоминает слово просто как графическое изображение, как картинку.

Заключение

К сожалению, в нашей стране на протяжении длительного исторического периода люди с ограниченными психическими и физическими возможностями были скрыты от общества. Подавляющее большинство из них находились за высокими заборами специализированных учреждений или в четырёх стенах квартиры, окруженные самоотверженными заботливыми родителями, но лишённые возможности межличностного общения. Специальных образовательных учреждений для детей с РАС у нас в стране не так много. Поэтому большинство детей и подростков с данным диагнозом находятся в других видах специальных школ, в массовых школах, в учреждениях систем здравоохранения и социальной защиты населения.

Каждый ребенок-аутист может по-разному реагировать на методы обучения, вот несколько стратегий, которые обычно применяются, чтобы помочь детям с аутизмом добиться успеха в образовательных целях:

- Установите границы пространства обучения. Это необходимо, потому что у детей с аутизмом часто возникают проблемы со сменой окружающей среды или с хаотичным пространством.

- Создайте предсказуемый график. Многие дети-аутисты преуспевают, когда есть предсказуемый график, поэтому было бы очень полезно дать им знать, чего ждать каждый день.

- Используйте скрытые субтитры на телевизоре, чтобы повысить интерес к чтению.

- Позвольте детям идти по собственному плану уроков. Дети с аутизмом столь же способны к обучению, как и дети, не страдающие этим заболеванием. Просто им нужно найти стратегию надлежащего впитывания информации.

- Обучайте детей с аутизмом социальному моделированию. У многих детей, страдающих аутизмом, возникают сложности со способностью настраиваться на эмоции, мотивацию и другие социальные сигналы, которые инстинктивны для детей, не страдающих аутизмом.

- Используйте фиксирование, чтобы облегчить процесс обучения. Многие дети-аутисты фиксируют свое внимание на определенных предметах и это можно выгодно использовать в обучении.

- Не используйте длинные словесные команды. Это может привести к замешательству, так как у детей-аутистов часто есть проблемы с пониманием последовательностей.

Список использованных источников и литературы

1. Алексеева, В.В., Волков, А.А., Шаргородская, Л. В. Обеспечение доступности образования и социализации детей с расстройствами аутистического спектра и выраженными проблемами поведения в условиях общеобразовательной школы // Инклюзивное образование: практика, исследования, методология, 2013. - С. 182-189.
2. Веденина М.Ю., Окунева О.Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации // Дефектология. – 2003. - № 3 - С. 182-189.
3. Егорова Л. В. Зверева Е. А. Орлова М. А. Шаргородская Л. В. Чурилина Е. В. «Модель обучения детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в общеобразовательной школе». – М., 2015. – 88 с
4. Замский Х.С. Умственно отсталые дети: история их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. - М.: Академия, 2008 – 362 с.
5. Кащенко В.П. Педагогическая коррекция.-М.: Академия, 2006 – 300 с.
6. Коган В.Е. Аутизм у детей. - М.: Смысл, 2020 – 384 с.
7. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. - М.: Просвещение, 2001 – 92 с.
8. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: МГУ, 2001 – 196 с.
9. Либлинг М.М. Подготовка к обучению детей с ранним детским аутизмом // Дефектология. - 2001, № 1. - С. 69-73.
10. Никольская О.С. Особенности психического развития и психологическая коррекция детей, страдающих ранним детским аутизмом. - М., 2003 – 212 с.
11. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей. - М.: Теревинф, 2012 – 284 С.
12. Никольская, О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. 1995. – №2. – С. 8-18

13. Семаго Н.Я., Хотылева Т.Ю., Гончаренко М.С., Михаленкова Т.А. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра: Методические рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы. Серия «Инклюзивное образование». – М.: МГППУ, 2012 – 80 с.
14. Шипицына Л.М. Детский аутизм Хрестоматия. Учебное пособие. – Спб.: Дидактика Плюс, 2001 – 365 с.
15. Шматко Н.Д. Дети с отклонениями развития. - М.: Аквариум, 2001. - 127 с.