

# **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ОБРАЗОВАНИИ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ**

Е.Ф. Сивашинская, БрГУ имени А.С. Пушкина, Брест

В последние десятилетия увеличивается количество детей с аутистическими нарушениями независимо от национального, географического и других факторов. Согласно мировым статистическим источникам, частота встречаемости раннего детского аутизма (РДА) составляет 40–45 случаев на 10 тыс. новорожденных, а нарушений аутистического спектра (НАС) не менее 60–70 на 10 тысяч новорожденных [7]. Наблюдается увеличение числа лиц с аутизмом и в Беларуси. По официальным данным, с 2005 по 2013 год общее число детей, состоящих под наблюдением врачей по причине общих расстройств развития, в том числе и аутизма, возросло в 2,8 раз (с 251 до 699 случаев) [13].

Вместе с тем, с учетом численности детского населения в нашей стране и мировых тенденций, указанных выше, ориентировочное количество детей с НАС, нуждающихся в специализированной для них системе помощи, намного больше и составляет приблизительно 11,5 тыс. детей [7]. Актуальность данной проблемы обусловлена также трудностями ранней диагностики и постановки диагноза аутизма и других НАС; необходимостью комплексной системы специализированной помощи лицам с аутизмом на государственном уровне, включающей особые условия, формы и методы их обучения и воспитания, а также профессиональную подготовку специалистов для их коррекционно-психолого-педагогического и медицинского сопровождения.

Общепризнанным проблемным моментом является низкий уровень культуры коммуникации и взаимодействия общества с детьми и взрослыми, имеющими аутистические нарушения, и их семьями. Вместе с тем, в настоящее время в Беларуси делаются первые практические шаги к инклюзивному

образованию: начались научные исследования, экспериментальная деятельность; отдельные учреждения образования осуществляют инклюзивное образование. Развитие инклюзивного подхода в образовании имеет большое значение для всех групп учащихся. Но в первую очередь в образовательной инклюзии нуждаются те учащиеся с ОПФР, которые овладевают образовательной программой общего среднего образования, не включающей блок необходимых им коррекционных занятий. К таким категориям учащихся относятся наряду с детьми с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), иными эмоциональными и поведенческими нарушениями и учащиеся СА. Для этих групп детей существует опасность осуществления формальной (стихийной) образовательной инклюзии. Это означает, что они рядом с типично развивающимися детьми, но не вместе с ними, они интегрированы в школьное сообщество, но не включены. И, следовательно, как справедливо утверждает российский ученый-педагог Н.Н. Малофеев, процессы развития, образования и социальной адаптации особых учащихся страдают качественно [5].

В связи с вышесказанным особую актуальность приобретает проблема изучения истории развития понятия «аутизм» в науке, диагностики этого нарушения в контексте специальной психологии и педагогики, а также зарубежного опыта коррекционной психолого-педагогической помощи детям с НАС, а также их образовательной инклюзии. Некоторые теоретические и практические аспекты указанной проблемы и представлены в данной статье как результаты нашего исследования.

Несмотря на то, что феномен аутизма интенсивно исследуется с конца 30-х годов прошлого века, до сих пор нет единого общепринятого определения данного нарушения развития. Первоначально аутизм (от греч. *autos* – сам) определялся как болезненное состояние психики; уход индивида от контактов с окружающей действительностью и ориентация на мир собственных переживаний. В зависимости от уровня развития психиатрии, научного

направления, в аспекте которого рассматривается круг аутистических расстройств и их природа, они описываются как симптом, синдром, болезнь или патология развития. В частности, российские исследователи В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг характеризуют аутизм таким образом: во-первых, это экстремальное одиночество ребенка, нарушение его эмоциональной связи даже с самыми близкими людьми; во-вторых, крайняя стереотипность в поведении, проявляющаяся и как консерватизм в отношениях с миром, страх изменений в нем, и как обилие однотипных аффективных действий, влечений, интересов; в-третьих, особое речевое и интеллектуальное недоразвитие, не связанное, как правило, с первичной недостаточностью этих функций [10].

Многие исследователи в США и странах Западной Европы (Э. Дж. Айрес, Т. Грэндин, Т. Этвуд и другие), пришли к выводу, что аутизм связан с нарушением сенсорной интеграции (сенсорной дисфункцией). В норме у человека происходит процесс сенсорной интеграции: восприятие информации, одновременно поступающей от различных органов чувств, и объединение этой информации в единое целое для получения точной картины реального мира. Американский ученый, врач Э. Дж. Айрес охарактеризовала сенсорную интеграцию как происходящий в головном мозге бессознательный процесс, который: организует информацию, полученную с помощью органов чувств; наделяет значением испытываемые ощущения, фильтруя информацию и отбирая то, на чем следует сконцентрироваться; позволяет осмысленно действовать и реагировать на ситуацию, в которой человек находится; формирует базу для обучения и социального поведения. Если сенсорная интеграция у ребенка нарушается, то он имеет моноканальный характер восприятия и, следовательно, вычленяет из всего спектра сенсорных сигналов отдельные, аффективно значимые для него раздражители (цвет, форма, звук, запах и др.). Как следствие этого, нарушена и ответная реакция мозга в виде мыслей, чувств, моторных ответов (поведение) или их комбинации [1].

Установлено, что у детей с НАС, нарушены процессы обработки информации от одной или более сенсорных систем: визуальной (зрение), аудиальной (слух), тактильной (прикосновения), обонятельной (запах), вкусовой, вестибулярной (равновесие) или проприоцептивной (движение). Достигнув мозга, информация у таких детей не складывается в целостную картину мира; окружающий мир выступает для них хаотичным и раздробленным, что приводит к непониманию речи и неспособности к коммуникации, вызывает сильное беспокойство, страх, и это отражается в поведении.

В понимании зарубежных специалистов (К. Гилберг, Т. Питерс) аутизм – детский психиатрический синдром (сочетание разнообразных симптомов или поведенческих характеристик), признаками которого являются: недостаточность социализации, коммуникационные трудности, нарушения социоэмоциональной взаимности, речевой и интеллектуальный дефекты, стереотипные формы поведения, сенсорная дисфункция [4].

Следует отметить, что большинство современных исследователей относят аутизм не к психическим болезням, а к общим, первазивным (от англ. pervasive – проникающий, распространяющийся повсюду) нарушениям развития, которые охватывают различные области психики (психические функции, деятельность головного мозга, речь, мышление, интеллект и др.). При этом одни психические функции развиваются замедленно, другие – патологически ускоренно. В случае если наблюдаются не все требуемые для установления диагноза аутизма характеристики, но все же очевидно, что коррекция должна опираться на методы, принятые в работе с данной категорией детей, говорят об аутистических чертах личности.

Рассмотрим кратко исторический аспект проблемы, для чего воспользуемся сведениями, приведенными в работах известных специалистов в области аутизма О.Б. Богдашиной и В.Е. Кагана [3; 6].

Термин «аутизм» был введен в широкий научный обиход в 1911 г. швейцарским врачом и психологом Э. Блейлером. Первое же научное описа-

ние аутизма как самостоятельного нарушения было дано американским психиатром Л. Каннером в статье «Аутистические нарушения аффективного контакта маленьких детей» (1943). В течение пяти лет ученый наблюдал 11 детей и описал их общие характеристики: чрезмерную изоляцию, замкнутость, уход от каких-либо контактов с людьми, нарушения речевого развития, потребность в многократном повторении одних и тех же действий и однообразии. Причем начало проявлений этих особенностей отмечалось им уже на первом году жизни детей. Каннер назвал это состояние синдромом «раннего детского аутизма» (РДА).

В 1944 году австрийский психиатр Г. Аспергер охарактеризовал похожий синдром (дефицит в социальном взаимодействии и прагматической (социальной) коммуникации, ограниченные интересы и действия), дав ему название «аутистическая психопатия». Отличия описания состояния Аспергером от описаний Каннера включали: относительно хорошо сохраненные речевые и когнитивные способности, проявление состояния в более позднем возрасте, плохую координацию движений (неуклюжесть) и некоторые другие. В 1947 году была опубликована статья российского психиатра С.С. Мнухина, в которой он привел описание нарушений, сходных с аутизмом Каннера, у детей, перенесших блокадное истощение.

Таким образом, статьи Л. Каннера (США), Г. Аспергера (Австрия) и С.С. Мнухина (СССР), опубликованные почти одновременно и независимо друг от друга, положили начало изучению аутизма.

К 50-м годам XX века за рубежом, прежде всего в США и некоторых странах Европы, возрос интерес специалистов к явлению аутизма. Многие психиатры стали объяснять возможную причину возникновения аутизма у ребенка с ненарушенным интеллектом отсутствием эмоционально благоприятных отношений к нему со стороны его родителей. Данная концепция была достаточно популярной до середины 70-х годов, когда новые исследования в

этой области убедительно показали несостоятельность и вред подобного подхода.

В 60-е годы XX века произошли большие изменения в понимании феномена аутизма: его причин и условий возникновения (этиологии), диагностики и лечения. Сначала был подвергнут сомнению взгляд на психотерапию как основной способ «лечения» аутизма и высказано предположение, что многие отклонения в речи и поведении детей могут быть уменьшены и сглажены путем систематических занятий по программе модификации поведения. Основываясь на своих наблюдениях и опыте работы с такими детьми, американские исследователи Э. Шоплер и Р. Рейхлер поддержали радикальное для того времени предположение, что причиной аутизма является неизвестная органическая патология мозга. В результате основное внимание было перенесено с психотерапии на создание специфических благоприятных условий, способствующих развитию познавательных и иных способностей у людей с аутизмом.

В 70-80-е гг. XX века проводились исследования в области диагностики, этиологии, коррекции аутизма: активно изучалась недостаточность познавательных, мыслительных процессов, наблюдаемая при аутизме; выявлялись возможные генетические факторы, вызывающие данное состояние; исследовались различные специфические инфекции как возможные причины аутистических нарушений; делались попытки выработать надежные, достоверные критерии диагностики аутизма; публиковались обзоры результатов текущих нейробиологических, генетических и фармакологических исследований в области аутизма; отмечался значительный прогресс в коррекционной работе с детьми с этим нарушением.

В дальнейшем были получены факты, свидетельствующие о том, что аутизм является отдельным нарушением развития в онтогенезе и встречается в сочетании с другими нарушениями. Кроме того, исследования выявили роль органического фактора в возникновении аутизма.

В 1977 г. многопрофильная комиссия Американского общества по аутизму (АОА) разработала и представила свое понимание синдрома аутизма, которое нашло дальнейшее развитие в изданиях «Руководства по диагностике и статистической классификации психических расстройств» (DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Согласно четвертой редакции этого руководства (DSM-IV), опубликованной в 1994 году, для постановки специалистами диагноза «аутизм» необходимо, чтобы человек проявлял аутичные симптомы в трех основных сферах: социальном взаимодействии, коммуникации и поведении.

DSM-IV является одной из двух международных, широко используемых в настоящее время классификационных систем заболеваний и нарушений. Вторая классификация – Международная классификация болезней (МКБ) – разработана Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ). Последнее издание десятого пересмотра (МКБ-10) вышло в свет в 1992 г. Так как обе указанные системы перерабатывались в начале 90-х годов XX века, то была предпринята попытка привести их в большее соответствие друг с другом и сблизить диагностические критерии. Так, в обеих классификациях были добавлены критерии диагностики близких аутизму Каннера нарушений, в том числе атипичического аутизма, синдрома Ретта, детского дезинтеграционного нарушения, синдрома Аспергера.

В соответствии с (МКБ-10), принятой и в нашей стране, аутизм отнесен к группе расстройств, характеризуемых качественными нарушениями в социальном взаимодействии и общении и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности.

Являясь общими чертами индивидуального функционирования во всех ситуациях, эти нарушения могут варьировать по степени. Обычно для них характерна некоторая степень нарушения когнитивной деятельности. В большинстве случаев указанные нарушения проявляются уже с младенчества и редко – в период от года до 5 лет.

Как указывают бельгийские исследователи аутизма К. Гилберг и Т. Питерс, существующие основные диагностические системы сходятся в том, что для диагностики аутизма необходимо наличие трех основных видов нарушений: нарушения социального взаимодействия, нарушения социальной коммуникации (вербальной и невербальной) и недоразвития воображения, проявляющегося, в том числе в ограниченном репертуаре поведения. Указанные группы симптомов, когда они проявляются вместе, исследователи вслед за английским психотерапевтом Л. Уинг называют «триадой».

В настоящее время говорят о нарушениях (расстройствах) аутистического спектра. В целом различают тяжелые формы аутизма, которые нуждаются в серьезной коррекции, в том числе медикаментозной, и формы с высоким уровнем развития психических функций, в случае которых нередко достаточно психолого-педагогической поддержки в развитии, образовании и адаптации в обществе.

Наиболее часто диагностируются классический аутизм (синдром Каннера) и синдром Аспергера (СА). Эти и иные расстройства аутистического спектра имеют не только общие характеристики, но и особые черты, позволяющие их отдельную диагностику. Термин «синдром Аспергера» был предложен Л. Уинг в публикации «Синдром Аспергера: клиническое описание» (1981).

Имеется ряд теорий и концепций, авторы которых пытаются объяснить точные причины аутизма. Согласно О.С. Никольской, не существует обоснованных доказательств того, что аутистические нарушения являются результатом недостаточного или неправильного воспитания. Сравнительные исследования семей с детьми, страдающими РДА, и семей с детьми, обладающими иными нарушениями развития, показали, что аутичные дети пережили не больше психотравмирующих ситуаций, чем другие, а родители аутичных детей зачастую даже более заботливы и преданны им, чем родители других «проблемных» или даже обычных детей.



Большинство исследователей данного феномена полагают, что аутизм имеет биологическую основу, в частности связан с аномалиями в структуре и функциональной деятельности мозга, что приводит к нарушениям развития мыслительных, социальных, коммуникативных умений и навыков, а также чувственного восприятия. При этом возможны генетические, биохимические и структурные аномалии мозга.

Так, специалисты указывают: аутизм как нарушение общего развития может быть вызван органической дефицитарностью головного мозга, в том числе, так называемой минимальной мозговой дисфункцией (ММД), приводящей к тому, что человек не в состоянии осознать информацию, полученную через органы чувств. Причины нарушений функций мозга разнообразны. По утверждению К. Гилберга и Т. Питерса, некоторые случаи аутизма – следствие генетических нарушений, причиной других случаев являются специфические дисфункции мозга. Возможно также, что причина синдрома аутизма заключается в повреждении мозга при беременности, родах или в постнатальный период.

В настоящее время доказано, что аутизм может быть вызван генетической причиной. Механизм наследования не ясен, но установлено, что развитие аутизма зависит от группы генов. При этом наследуются предпосылки к его возникновению. Дальнейшее развитие аутизма в большинстве случаев зависит от внешних факторов. Исследователи имеют данные, свидетельствующие о патологических изменениях у людей с аутизмом височных и лобных долей, ствола головного мозга и мозжечка. Именно эти области головного мозга функционально важны для развития социального и коммуникативного взаимодействия, эмоциональной сферы и моторики, а также исполнительной функции (планирование, мотивация, концепция времени, контроль импульсов).

С позиции когнитивной концепции аутизма в основе данного расстройства лежит недоразвитие левого полушария. И как следствие – нарушены из-

бирательный отбор и переработка информации. Кроме того, у детей с аутизмом обнаружены нарушения белкового обмена веществ и нарушения аутоиммунных систем [4].

Таким образом, большинство исследователей считают аутизм результатом общего расстройства развития вследствие воздействия многих факторов в сочетании с наследственной предрасположенностью. Полагают также, что синдром Каннера возникает при сочетании наследственного фактора с ранним органическим поражением головного мозга, тогда как основную роль в происхождении синдрома Аспергера играет наследственный фактор.

Со второй половины 70-х годов XX века благодаря исследованиям В.М. Башиной, В.Е. Кагана, В.В. Лебединского, К.С. Лебединской и др. в СССР складывалось представление о РДА как об особом отклонении психического развития (искаженном психическом развитии), требующем не столько медикаментозного лечения, сколько коррекционного обучения и воспитания с использованием специфических для этого нарушения форм и методов. Учеными (К.С. Лебединская, О.С. Никольская и др.) также была разработана методика комплексной медико-психолого-педагогической коррекции, основанная на представлении об аутизме как аффективном расстройстве. Основные усилия в рамках этой методики направляются на коррекцию эмоциональной сферы, эмоциональное тонизирование ребенка. Метод зарекомендовал свою достаточную эффективность при работе с относительно легкими формами РДА.

Однако, несмотря на полученные значительные результаты в области научных медицинских и психологических исследований, а также экспериментально-методической работы, государственная система комплексной помощи детям и подросткам с диагнозом «аутизм» в России находится в настоящее время в начале своего становления. С 2002 года ведется работа по созданию Центров помощи этой категории детей как специальных (коррекционных) образовательных учреждений. При этом большинство детей с аутизм-

мом обучаются в специальных или общеобразовательных школах, учреждениях систем здравоохранения и социальной защиты населения.

Вместе с тем, как подчеркивают Санкт-Петербургские специалисты (Д.Е. Жуков, И.Б. Карвасарская и др.), продолжает существовать проблема дефицита объема социально-реабилитационной помощи детям с аутизмом. Нередко результатом такого положения становится домашняя изоляция детей, отказ от воспитания и размещение их в психоневрологических домах-интернатах и т.п. Так, по данным вышеназванных исследователей, в Санкт-Петербурге семьи, имеющие детей с диагнозом НАС, ограничены в возможностях получения помощи в государственном секторе вследствие недостаточного количества подготовленных специалистов. Имеется несколько альтернативных негосударственных организаций, где могут оказать помощь данной категории особых детей (для сравнения, например, в Париже действует более 70 центров, оказывающих помощь аутистам).

В России предпринимаются попытки ответить на вопросы: где обучаться ребенку с аутизмом, и чему его обучать? Анализ вариантов решения первой из названных проблем, осуществленный ученым-специалистом С.А. Морозовым, актуален и для ситуации в нашей стране. Он рассматривает следующие возможности [9].

1. Обучение в существующих видах учреждений специального образования или учреждений общего среднего образования.

– «Вынужденная интеграция» – неподготовленный к обучению в группе ребенок с тем или иным аутистическим нарушением помещается в неподготовленную среду. Результат чаще всего оказывается неудачным.

– На основе индивидуального сопровождения:

1) сопровождение осуществляет специально подготовленный педагог-дефектолог, в классе работают два учителя. Вариант эффективный, но дорогостоящий (даже экономически развитые страны не могут себе позволить содержать второго учителя (супервайзера, тьютора) за государственный счет).

Для реализации данного образовательного маршрута необходимо соответствующее кадровое, нормативно-правовое и методическое обеспечение;

2) сопровождение осуществляет один из родителей. Вариант не лишен недостатков. Сам факт постоянного пребывания родителя в школе не является естественным, адаптация ребенка в таких условиях не является социализацией. Для сопровождающего родителя будет усугубляться хроническая психотравмирующая ситуация, в которой он и так находится. Кроме того, он не сможет работать и столкнется в школе с проблемами нормативно-правового обеспечения.

– Индивидуальное обучение в учреждении общего среднего или специального образования того или иного вида. Данная форма обучения из-за отсутствия адекватных индивидуальных коррекционных программ, недостаточного количества часов и неподготовленности учителей к работе с таким контингентом учащихся отличается низкой эффективностью.

2. «Школы-близнецы», специальные отделения или классы при школах других видов. В этом случае интеграционный процесс осуществляется наиболее мягко, гибко и регулируемо. Такой вариант широко распространен за рубежом, однако введение его в России наталкивается на нормативно-правовые, организационные, финансовые и кадровые проблемы. Кроме того, для тяжелых и осложненных форм аутизма вопрос о предварительной подготовке к обучению в случае «школ-близнецов» не снимается.

3. Специальные учреждения образования для детей с аутизмом. Подобные учреждения необходимы для подготовки детей с РАС к обучению в учреждениях общего среднего образования или разных видах учреждений специального образования, а также для обучения, воспитания и социокультурной интеграции тех детей с аутизмом, для которых интегрированное (инклюзивное) обучение по тем или иным причинам оказалось невозможным.

Не менее важен вопрос: «Как и чему учить детей с аутизмом?», так как от его решения зависит результативность интеграции таких детей в обще-

ство. Исследователи подчеркивают, что нередко предпринимаемые попытки адаптировать существующие учебные планы, учебные программы и условия обучения на начальных этапах коррекции, особенно в случае тяжелых и осложненных форм, ошибочны, так как при аутизме (даже при нормальном и выше среднего интеллекте ребенка) на первом плане должны быть не так называемые академические знания, а коммуникативные умения, «обучение жизни», формирование «жизненной компетенции».

О.С. Никольской разработан проект федерального государственного образовательного стандарта начального образования для детей с РАС (2012). Цель данного проекта – определение структурно-функциональной, содержательной и технологической составляющих процесса начального образования, отвечающего образовательным потребностям таких детей и помогающего им войти в жизнь общества.

В развитых странах Западной Европы, Северной Америки, в Японии и некоторых других странах реализуется на практике положение о том, что основное лечение ребенка с НАС – это специальное («лечебное») образование. Зарубежная практика психолого-педагогической помощи детям с аутизмом позволила специалистам определить факторы и условия их социализации. Основными среди них являются: тяжесть, глубина аутистических нарушений; ранняя диагностика; как можно более раннее начало специализированной коррекции, ее комплексный медико-психолого-педагогический характер; адекватный и гибкий подход к выбору методов коррекционной работы, ее последовательность, продолжительность, достаточный объем; единство усилий специалистов и семьи.

Следует особо подчеркнуть важность ранней диагностики и коррекции аутистических нарушений. В случае если проявления аутизма обнаружены в возрасте до двух лет, его своевременная диагностика и правильно подобранные коррекция и лечение могут иметь хороший результат. Удается практи-

чески полностью адаптировать и вернуть к полноценной жизни около 70% детей с аутизмом.

Как правило, зарубежные специалисты, сопровождающие детей с РАС, опираются в своей работе на следующие теоретические положения и выводы исследователей.

1. Для лиц с аутистическими нарушениями не подходит традиционное «специальное образование», предназначенное для иных категорий лиц с ОПФР. Им нужны особые условия, содержание, формы, методы обучения и воспитания.

2. Осуществление коррекционного подхода, в котором нуждаются дети с аутистическими нарушениями, невозможно без специальной профессиональной подготовки.

3. Коррекционная работа должна носить комплексный характер, так как в отдельности взятая психологическая, логопедическая, медицинская и иная помощь не приводит к стойким положительным изменениям.

4. С медицинской точки зрения «излечить» различия в функциональной деятельности мозга невозможно, однако известны некоторые общепризнанные стратегии и методы коррекции аутистических нарушений и помощи лицам с аутизмом для того, чтобы они могли не только интегрироваться в общество, но и жить при этом полноценной жизнью.

5. Интеграция учащихся с аутистическими нарушениями в обычную образовательную среду, как правило, не приводит к успеху. Необходимо сначала предложить им такую среду, обучение и виды деятельности, которые наилучшим образом адаптированы к их нарушению и способностям, обеспечивая их максимальную защиту. Это будет отправной точкой интеграции. Дальнейшая работа направляется на то, чтобы «особые» ученики научились общаться и взаимодействовать с другими учащимися.

6. Наиболее подходящая образовательная среда для детей с аутистическими нарушениями может быть трех видов: класс, где обучаются только

аутичные дети; класс для детей с особыми образовательными потребностями; обычный класс. Выбор среды зависит от индивидуальных особенностей каждого ребенка и реалистичной оценки его возможностей родителями и специалистами.

7. Образование рассматриваемой категории детей основывается на индивидуальном подходе, визуальной поддержке, предсказуемости и преемственности. Они зависят от окружающих, и поэтому для них должны быть созданы «внешние рамки», внутри которых их жизнь носила бы структурированный и организованный характер. Поэтому в основе образовательных программ для детей с аутистическими нарушениями лежит структурирование пространства, времени и создание визуальных сигналов. При этом учебные программы должны периодически пересматриваться и корректироваться с учетом конкретных потребностей ребенка.

8. Для каждого ребенка с нарушениями аутистического спектра необходим индивидуальный подход к подбору основных коррекционных психолого-педагогических стратегий и методов, созданию соответствующей его потребностям образовательной среды. Выбор методов коррекционно-педагогической работы с ребенком осуществляется с учетом особенностей его сенсорного развития и сенсорных предпочтений (тактильных, визуальных, слуховых).

Анализ литературы и ряда документов международных, государственных учреждений и общественных организаций позволяет сделать вывод о том, что в ряде стран Западной Европы, в США и некоторых других странах система помощи лицам с аутизмом существует более пятидесяти лет (с середины 60-х годов XX века). Наиболее характерными особенностями ее организации являются: децентрализованность, методический плюрализм, большая роль общественных объединений родителей.

В настоящее время насчитывается несколько десятков стратегий и методов коррекционной помощи и психолого-педагогической поддержки при

аутизме (Э. Дж. Айрес, Л. Ватерс, Т. Питерс, Э. Шоплер, Е.Р. Баенская, К.С. Лебединская, М.М. Либлинг, С.С. Морозова, Н.М. Назарова, О.С. Никольская и др.). Эффективными методами, например, являются: модификация поведения, сенсорная интеграционная терапия, сенсорно-двигательная терапия, слуховая интеграционная тренировка, холдинг-терапия, речевая терапия, музыкальная терапия. В качестве дополнительных методов и приемов коррекционной работы применяют психодраму, арт-терапию, игротерапию, иппотерапию, дельфинотерапию, терапию через осознание ребенком своего тела, моторной сферы, мегавитаминную терапию, диету и др.

Так, справочник Национального общества аутизма (NAS) Великобритании «Подходы к коррекции аутизма» включает более семидесяти пунктов. Школы и службы поддержки взрослых NAS разработали собственную стратегию понимания и реагирования на потребности детей и взрослых в спектре аутизма – SPELL (Structure, Positive expectation sand approaches, Empathy, Low arousal, Links) [15].

Данная стратегия является основой этического кодекса NAS, так как признает уникальные индивидуальные потребности каждого ребенка и взрослого. Охарактеризуем ее основные элементы (табл. 1.1).

**Таблица 1. – Основные элементы стратегии SPELL**

№ п/п	Элементы	Краткое описание стратегии
1.	Структура (structure)	Структура делает мир более предсказуемым, доступным и безопасным для людей в спектре аутизма. Развитие четкой структуры уменьшает их зависимость от окружающих и жесткой рутины. Структурированная окружающая среда способствует развитию гибкости мышления и поведения человека с аутизмом, так как он всегда знает, что должно произойти потом и чего от него ждут. Структура основана на сильных сторонах людей в спектре аутизма – стремлении к порядку и предпочтении визуальной организации



2.	Позитивность в подходах и ожиданиях (positive expectation and approaches)	Важно, чтобы последовательная программа помощи ребенку или взрослому минимизировала риск регресса в его развитии и была направлена на раскрытие и развитие его потенциала. Для этого важно придерживаться высоких, но реалистичных ожиданий, основанных на объективной оценке и учете сильных и слабых сторон, индивидуальных потребностей человека, его уровня функционирования и поддержки, в которой именно он нуждается. Необходимо развивать и укреплять его уверенность в себе и самооценку, основанную на его способностях, интересах и возможностях
3.	Эмпатия (empathy)	Ключ к «искусству» работы с детьми и взрослыми с аутизмом – способность смотреть на мир с их точки зрения. Необходимо стараться понять, как именно человек с аутизмом воспринимает мир, что его мотивирует или интересует, а также – что его пугает, беспокоит или вызывает у него стресс. Стремление понять, проявлять уважение и сочувствие к опыту человека с аутизмом должно стать отправной точкой всех попыток взаимодействия с ним и снижения его тревожности. Наиболее эффективную поддержку человеку с аутизмом оказывают те люди, которые отличаются спокойствием, уравновешенностью, предсказуемостью, доброжелательным чувством юмора, эмпатией и склонностью к аналитическому мышлению
4.	Низкое возбуждение (low arousal)	Окружающая среда и подходы к взаимодействию с людьми с аутизмом должны отличаться порядком, уменьшать их тревожность и повышать их способность к концентрации внимания. У индивидов в спектре аутизма могут быть различные трудности с обработкой сенсорной информации: им может понадобиться дополнительное время для обработки информации, и необходимо исключить все неприятные и отвлекающие стимулы, которые могут им в этом помешать. Информация должна преподноситься ясно и четко, в той форме, которая лучше всего воспринимается данным человеком. Следует регулировать объем предоставляемой сенсорной информации. Необходимо, чтобы человек с

		аутизмом овладевал новым опытом, но в ситуации заблаговременного планирования и учета его состояния. Людям в спектре аутизма могут помочь дополнительная релаксация и терапия для снижения возбуждения: музыка, массаж, сенсорная диета и другие методы, направленные на успокоение и снижение тревожности
5.	Связи (links)	Необходимо установить связи между различными компонентами в жизни человека или в терапевтической программе помощи ему для достижения определенной последовательности. Открытые связи и постоянная коммуникация между различными специалистами, родителями способствуют целостному подходу к человеку с аутизмом, к его воспитанию, обучению, социализации и лечению. Связи с окружающим миром, в школе или в иных ситуациях, позволяют человеку в спектре аутизма овладевать необходимыми умениями для жизни в обществе

Стратегия SPELL может применяться ко всем людям в спектре аутизма, включая синдром Аспергера. Она создает контекст для практики других подходов, наиболее распространёнными из которых являются прикладной поведенческий анализ (applied behavioral analysis, АВА), часто называемый в Европе «оперантной (поведенческой) терапией» и ТЕАССН-программа (treatment education of autistic children and children with relative handicap).

Прикладной поведенческий анализ или «модификация поведения» как метод достаточно широко распространен в США, Норвегии, Швеции, Польше, Израиле, Южной Корее и многих других странах. В ходе его реализации решается задача максимально возможной социальной адаптации (семья, учреждения образования, производство, общественные места, учреждения социальной защиты и др.). При этом все сложные для ребенка умения и навыки (речь, умение смотреть в глаза, творческая игра и др.) разбиваются на части – отдельные действия (behaviors). Каждое действие разучивается с ребенком, затем действия соединяются в цепочку, образуя сложное умение. В

процессе отработки действий ребенку сначала предлагают задание, при необходимости дают подсказку, а затем «вознаграждают» за правильные ответы и игнорируют неправильные.

Таким образом, методы АВА предполагают создание внешних условий, формирующих желаемое поведение в самых различных аспектах: социально-бытовом развитии, речи, овладении учебными предметами, производственными умениями и навыками. В результате интенсивного применения (до 35-40 часов в неделю) методов «оперантного обучения» ребенок с аутизмом овладевает как можно большим числом умений и навыков (соблюдение опрятности, самообслуживание, общение, речь, учебные, профессиональные умения и др.). Решающая роль в формировании социально приемлемого поведения отводится внешним факторам – различным видам (запускающие, помогающие вызвать требуемую реакцию, подкрепляющие) стимулов, организованным в мотивирующую систему.

АВА – наиболее эффективный из современных методов коррекции детского аутизма: до 50-60% воспитанников становятся способными овладевать программой общеобразовательной школы, получают возможность работать достаточно успешно, для того чтобы обеспечить свое существование, а в отдельных случаях даже поступают в колледжи и университеты.

ТЕАССН-программа начала разрабатываться Э. Шоплером, Р. Райхлером и Г. Месибовым в начале 70-х годов XX века в университете штата Северная Каролина (США). В настоящее время в этом и в некоторых других штатах, а также в странах Западной Европы (Бельгия, Дания, Ирландия и др.) она является государственной. В основе ТЕАССН-программы лежит вывод ученых о том, что при аутизме, особенно в тяжелых случаях, затруднена или невозможна адаптация к окружающему миру. Поэтому следует сосредоточить внимание на личности ребенка и разрабатывать учебные программы на основе его потребностей, интересов и умений.

В частности, в рамках ТЕАССН-программы усилия направляются на развитие невербальных форм коммуникации, формирование бытовых умений и навыков. Обучение речи считается целесообразным только при  $IQ > 50\%$  и не расценивается как обязательное, так же как и формирование учебных и профессиональных навыков. В основе конкретных методик – четкое структурирование пространства и времени, опора на визуализацию.

ТЕАССН-программа позволяет довольно быстро достичь положительных устойчивых изменений даже в случае тяжелого аутизма. Ребенок получает возможность жить «независимо и самостоятельно», но только в особых, ограниченных или искусственно созданных условиях.

Сенсорная интеграционная терапия (терапия сенсорной интеграции) успешно применяется во многих странах в коррекционно-педагогической работе с разными категориями детей с ОПФР, в том числе с РАС. Этот метод разработан американским доктором Э. Дж. Айрес, работавшей в Калифорнии с детьми и взрослыми, имеющими неврологические нарушения. В настоящее время данный метод продолжает совершенствоваться её последователями. Цель терапии сенсорной интеграции – способствовать снижению дисфункции сенсорной интеграции у ребенка, то есть усилить, сбалансировать и развить обработку сенсорных стимулов его центральной нервной системой. Для этого специально обученный специалист (эрготерапевт) организует «мягкие» контакты ребенка с различными сенсорными стимулами.

Основная идея терапии сенсорной интеграции: впечатления собственного тела (тактильные, проприоцептивные, вестибулярные) являются базой для приобретения и накопления сенсорного опыта, развития личности в целом. В рамках данного метода ребенку предлагается комплекс специальных упражнений, выполнение которых позволяет нормализовать его чувствительность и оказать ему помощь в переработке сенсорной информации. К примеру: вращение по кругу; раскачивание на качелях или в гамаке; балансирование на гимнастических мячах; ползание (ходьба, бег) по неровной,

наклонной, ограниченной, неустойчивой поверхности; преодоление препятствий; прыжки на батуте, через скакалку; движения под музыку, пение с движениями; растирание поверхности тела тканями различной текстуры; работа с пластичными материалами (тесто, пластилин, глина, гипс) и др.

Психотерапия, которая раньше была основным методом лечения детей с аутизмом, в настоящее время рассматривается многими зарубежными специалистами как вспомогательный способ помощи таким детям. Психиатр может оказать дополнительную поддержку, если у ребенка с аутистическими нарушениями возникают какие-либо психиатрические проблемы. А так как обычно данная категория детей нуждаются и в психолого-педагогической, и в медицинской поддержке, требуется более тесное взаимодействие между образованием и медициной, чем наблюдается в настоящее время.

Изучение зарубежного опыта организации психолого-педагогической помощи детям с НАС позволяет определить общую стратегию педагогического взаимодействия с ними: исследование особенностей и способностей ребенка; адаптация образовательной среды для занятий с ним, использование визуальных (аудиальных, тактильных) средств; координация деятельности родителей, специалистов и учителей; наличие высокой квалификации педагогов в области аутизма.

В соответствии с данной стратегией, психолого-педагогическое сопровождение ученика с НАС в учреждении образования включает: организацию обучения ученика с учетом его особенностей и способностей; индивидуальную работу с ребенком, направленную на его социальное, эмоциональное и личностное развитие; работу с семьей и координацию ее взаимодействия со специалистами; осуществление психологической поддержки учителей; работу с одноклассниками ребенка и другими учащимися школы.

Исследователи проблемы образовательных маршрутов детей с НАС пришли к выводу, что постоянное индивидуальное обучение на дому им не подходит, так как дефицит социальных впечатлений, ограничение контактов

привычной домашней обстановкой способствует их вторичной аутизации [11]. Отрицательное влияние на социальное развитие ребенка с НАС оказывает и его пребывание только в образовательной среде, специально приспособленной для детей с аутистическими нарушениями, и исключительно среди них, так как он не имеет возможности следовать образцам адекватного социального поведения типично развивающихся детей.

Практика обучения и воспитания детей с НАС позволяет сделать вывод о том, что наиболее перспективной формой их обучения является постепенная, индивидуально дозированная и сопровождаемая специалистами инклюзия в группу или класс детей с отсутствием или меньшей выраженностью проблем коммуникации, возможности которых на данном этапе оцениваются как сопоставимые со способностью к обучению самих детей с НАС [11]. Это может быть как инклюзивный класс учреждения общего среднего образования, так и иные варианты, предлагаемые в рамках основного или специального образования.

Рассмотрим, как в зарубежной специальной педагогике решается проблема организации педагогического взаимодействия и создания образовательной среды для учащихся с НАС в инклюзивной школе на примере детей с СА. Традиционно синдром Аспергера считается аутистическим нарушением на самом крае континуума аутизма. На основе анализа научных работ зарубежных ученых (Г. Аспергер, К. Гилберг, Т. Питерс, Л. Уинг, У. Фрит, Т. Эттвуд и др.), опыта работы специалистов и педагогов нами были выделены наиболее характерные особенности детей с СА: социальная наивность, эгоцентризм; средний или выше среднего уровень интеллекта; ограниченные интересы в той или иной области знания; приверженность к специфическим, нефункциональным ритуалам и установившемуся заведенному порядку; формальность, замысловатость речи, ограниченность ее темами, представляющими личный интерес; вербальные стереотипы; несоблюдение правил диалога, отсутствие эмоциональной взаимности, понимания чувств другого че-

ловека; неспособность взаимодействовать со сверстниками, устанавливать дружеские отношения; отставание развития моторики, моторные стереотипы, нередко двигательная расторможенность (гиперактивность) и др. [2; 4; 12; 18]. Многие проблемы, с которыми сталкиваются дети с СА в процессе образования, обусловлены их когнитивными особенностями. По данным австралийского психолога Т. Эттвуда, к таковым относятся нарушения внимания и исполнительной функции, повышенные или сниженные способности к чтению и математике, низкая центральная когерентность и визуальное мышление [2]. Кратко охарактеризуем указанные когнитивные особенности.

Результаты проведенных исследований показали, что у детей с СА часто нарушены способности удерживать внимание, уделять внимание релевантной информации, переключать внимание в случае необходимости и координировать внимание. Важно подчеркнуть, что уровень внимания детей зависит от уровня мотивации и желания заниматься тем, чем им предлагают. Особые трудности в образовании возникают у детей и взрослых с СА вследствие нарушения исполнительной функции, которая включает способности к организации и планированию, рабочую память, подавление и контроль импульсов, рефлексивность, управление временем и расстановку приоритетов, понимание комплексных и абстрактных концепций, применение новых стратегий и др. Проблемы с исполнительной функцией становятся более заметными в подростковом возрасте.

Проведенные исследования позволили сделать вывод, что отдельный ребенок с СА с большей вероятностью, чем его сверстники, будет проявлять исключительные способности, или, наоборот, испытывать серьезные трудности в области чтения (дислексия) и математики (дискалькулия). Ученые проанализировали также процесс обработки информации у детей с аутистическими особенностями и отметили, что некоторые из них могут быть очень успешными во внимании к деталям, но при этом затрудняться в восприятии и

понимании целостной картины, в определении того, что является важным, а что второстепенным (слабая центральная когерентность).

По данным российских исследователей аутизма, для ребенка с рассматриваемым нарушением, свойственны хорошая произвольная память и произвольное восприятие, но он испытывает трудности в произвольной организации восприятия и запоминания [10]. Нередко информация ребенком не воспринимается и не запоминается, если она не привязана по смыслу к предмету его интереса. Следует также учитывать, что информация, организованная по формальному признаку (цвету, размеру, форме предметов), различного рода классификации, схемы воспринимаются и запоминаются детьми с СА достаточно легко. Наиболее сложной для их понимания является социальная и эмоционально-насыщенная информация (значения и смыслы, обусловленность происходящих событий человеческими отношениями и т.п.).

Рассмотрим некоторые общие стратегии педагогического взаимодействия с учащимися, у которых диагностирован СА, предложенные зарубежными исследователями и специалистами [8; 16; 17; 18]. Практика обучения и воспитания учащихся с СА, в том числе личный опыт работы автора в данном направлении, показывает, что указанные стратегии являются достаточно эффективными, универсальными (применимы на всех ступенях общего среднего образования), могут быть адаптированы и к условиям отечественной системы образования, и к особым потребностям каждого отдельного учащегося с НАС. Представим эти стратегии в логике особенностей, обусловленных синдромом Аспергера.

Чувствительность ученика с СА к стрессорам окружающей среды и его настойчивое стремление к однообразию обуславливают потребность этого учащегося в предсказуемой, структурированной и безопасной образовательной среде. Поэтому задача педагога состоит в том, чтобы обеспечить ребенку такую среду. Для этого рекомендуется: минимизировать любые переходы из одного помещения в другое; предоставить последовательный и стабильный



распорядок каждого учебного дня; избегать любых неожиданностей, заблаговременно и очень тщательно подготавливая ребенка к любым изменениям в расписании уроков и любым другим даже незначительным переменам в привычной для него рутине. В целом важно помогать ребенку справиться со страхом перед неизведанным, постепенно и осторожно знакомя его с новой деятельностью, учителем, классом, школой, лагерем и т.д.

В связи с нарушениями социального взаимодействия рассматриваемая группа детей не способна понимать сложные правила социального взаимодействия, отличается наивностью, эгоцентризмом, обычно не понимает шутки, иронию или метафоры. Учащиеся неправильно интерпретируют социальные знаки и оценивают «социальную дистанцию». Вот почему педагогам следует: поощрять общение, активную социализацию ученика с синдромом Аспергера с другими детьми; ввести для особого ученика «систему друзей», попросить такого «друга» присматривать за ним в школе (на уроках, перемене), по дороге домой, включить его в игры, занятия других детей и т.д.; активно хвалить других учеников, если они относятся к однокласснику с синдромом Аспергера с сочувствием и дружелюбием; подчеркивать академические способности такого ребенка как ресурс, создавая учебные ситуации, требующие сотрудничества. Не менее важно учить особого ребенка реагировать на социальные намеки, эмоции других людей; обеспечить его репертуаром стандартных ответов на различные социальные ситуации, проигрывая с ним тренировочные диалоги. Педагогам также необходимо активно вмешиваться и защищать ребенка от нападок и травли.

Несмотря на достаточный для обучения в школе интеллект, дети с синдромом Аспергера эмоционально уязвимы. Им часто не хватает эмоциональных ресурсов, чтобы справиться с требованиями обучения в классе. Такие учащиеся испытывают сильнейшие эмоции, когда что-то не соответствует их ригидным взглядам на ситуацию. Их самооценка занижена, они крайне самокритичны и плохо переносят собственные ошибки. У них часто бывают при-

ступы агрессии и истерики в ответ на сильный стресс и фрустрацию. Подростки подвержены высокому риску депрессии. Поэтому, взаимодействуя с учеником с синдромом Аспергера, следует: предотвращать его эмоциональные вспышки с помощью максимальной последовательности и однообразия; учить его справляться со своим стрессом, для чего написать список конкретных действий, которые ребенок может предпринять, если расстроится. Важно включить в этот список ритуализированное поведение, которое успокаивает ребенка. Например, 1 – глубоко вдохнуть три раза; 2 – медленно сосчитать пальцы на правой руке три раза; 3 – попросить разрешения посетить специального учителя (педагога-психолога) и т.д. Рекомендуется записать эти шаги на карточке и положить ее в карман ребенка, чтобы он мог ею воспользоваться при необходимости. Учителям следует также быть всегда терпеливыми и спокойными, говорить с ребенком в предсказуемой и повседневной манере, сводить эмоции в своем голосе к минимуму. Важно знать об объективных признаках депрессии особого ученика, не ожидая, что он сам признает факт ее наличия. К таковым относятся резкие изменения в поведении ребенка: еще большая дезорганизация, невнимательность и изоляция, снижение порога стресса, хроническая усталость, плаксивость, суицидальные фразы и другие. Требуется сообщать о вышеперечисленных симптомах родителям, педагогу-психологу или другим специалистам, чтобы оценить, насколько ребенок справляется с учебными требованиями.

Дети с рассматриваемым нарушением обладают обычно плохой моторной координацией. Они отличаются физической неуклюжестью и неловкостью и неуспешны в играх, которые требуют моторных умений и навыков. Проблемы с мелкой моторикой часто приводят к серьезным трудностям с письмом и почерком, рисованием, к низкой скорости реакции. В связи с этим рекомендуется вовлекать ребенка в программы физического здоровья или фитнеса, но не заставлять его участвовать в спортивных соревнованиях или командных играх. Недостаточная моторная координация и непонимание то-

го, как согласовывать свои действия с действиями команды, могут вызвать разочарование самого ребенка и спровоцировать подтрунивание над ним со стороны других детей.

Педагогу следует помнить еще об одной важной рекомендации. Если он дает особому ученику задание с ограничением по времени, то необходимо, образно говоря, учитывать «время Аспергера», которое означает «вдвое больше времени, вдвое меньше сделано» [8]. В частности, ученик с синдромом Аспергера нуждается в дополнительном времени, чтобы выполнить письменное задание.

Дети с синдромом Аспергера обладают ограниченным кругом интересов, эксцентрическими увлечениями и странными, очень интенсивными фиксациями (например, навязчивое коллекционирование необычных вещей). Они склонны бесконечно «читать лекции» или задавать вопросы по теме своего интереса. Такие дети следуют своим увлечениям независимо от внешних требований, иногда они даже отказываются изучать что-либо помимо своего ограниченного интереса. В связи с этими особенностями рекомендуется: не позволять ребенку постоянно обсуждать или задавать вопросы по своему изолированному интересу; хвалить его всякий раз, когда он воздерживается от вопроса, и поздравлять, когда он позволяет высказываться другим учащимся; выделять специальное время в течение дня, когда ребенок может говорить о своем интересе, сделать так, чтобы это стало частью его повседневной рутины. От ученика, который не хочет выполнять задания, не связанные с его интересом, необходимо потребовать выполнять работу в классе, следуя существующим правилам. В то же время важно найти с ребенком компромисс и дать ему возможность заниматься своими интересами в другое время. Эффективны и такие приемы: индивидуализировать учебные задания таким образом, чтобы включить в них интерес ребенка; связать интерес ученика с учебной темой; использовать фиксацию для расширения его репертуара интересов. Например, если ребенок интересуется динозаврами, то ему предла-

гают тексты для письменных упражнений, диктантов, чтения, а также математические задачи о динозаврах. Или во время урока географии, посвященного конкретной стране, ученику, который «одержим» поездами, можно предложить подготовить доклад о транспортной системе этой страны.

Установлено, что как минимум 75% детей с синдромом Аспергера обладают особенностями обучения, которые соответствуют профилю синдрома дефицита внимания с гиперактивностью или без нее. Они очень дезорганизованы, имеют склонность погружаться в свой внутренний мир, им трудно сосредоточиться на общих занятиях класса, выявить главное, часто их внимание отвлекают второстепенные стимулы. По этой причине им сложно учиться в группе. В данном случае полезными оказываются следующие педагогические подходы. Для продуктивной работы особого ученика в классе необходимо предоставить ему максимально регламентированную внешнюю среду: указывать на самую важную информацию; разбивать задания на подчасти, с которыми справится объем внимания ребенка; регулярно проверять деятельность ученика и предоставлять ему обратную связь, чтобы удерживать его внимание. Кроме того, рекомендуется ограничивать время на работу, что помогает ученику лучше организовать свои занятия. Если работа в классе не была выполнена в определенные сроки (или выполнена небрежно), то ученик должен выполнить задание за счет личного времени, в том числе посвященного специальным интересам. При этом важно мотивировать ребенка на продуктивную деятельность. Для этого каждый случай выполнения заданий по установленным правилам связывается с положительным подкреплением. Это, в свою очередь, повышает самооценку ребенка, так как он начинает верить в собственную компетентность.

В случае плохой концентрации внимания, низкой скорости реакций и тяжелой дезорганизации следует: уменьшить объем домашней работы; свести к минимуму факторы, отвлекающие внимание (например, посадить ребенка на первую парту, чаще задавать ему вопросы для повышения степени

его участия в занятии); договориться с ребенком о невербальном сигнале (например, осторожное похлопывание по плечу) в случае, если он отвлекается; посадить одного из «приятелей» такого ребенка рядом с ним, чтобы тот смог в случае необходимости напоминать о задании или требуемых действиях. Важно также структурировать свободное время ребенка, в том числе для игр; поощрять его играть в настольные игры с одним или двумя другими детьми (под наблюдением педагога). Это к тому же позволит ребенку вырабатывать социальные умения.

В случае, если трудности с обучением, связаны с когнитивными особенностями, в том числе, с нарушением исполнительной функции, педагогам рекомендуется: создавать для ученика ситуации успеха в процессе обучения, мотивируя его на контроль своих импульсов; не предполагать однозначно, что ученик, просто дословно повторивший услышанное, хорошо все понял и усвоил; не думать, что ребенок понимает текст только потому, что он бегло читает. Следует также предлагать учащемуся дополнительные объяснения и максимально упрощать абстрактные концепции урока. Важно помнить, что он может не понимать эмоциональные нюансы, смысл, проблемы человеческих отношений в художественной литературе, а его сочинения часто однообразны и непоследовательны, «перескакивают» с одной темы на другую. Вместе с тем, важно подчеркивать исключительную память таких учеников, так как способность запоминать факты может быть самой сильной стороной их учебной деятельности.

Педагогам необходимо предъявлять учащемуся с синдромом Аспергера четкие требования к качеству выполнения работы, сообщив, например, ему, что работу можно не закончить, в случае если на нее отводится определенное время, но ее надо делать внимательно. В случае необходимости такому ребенку предоставляется поддержка «исполнительного секретаря»: педагог осуществляет руководство в планировании и организации его учебной деятельности (при выполнении домашней работы эту роль выполняют родите-

ли). Практика показывает, что без подобной поддержки ученик с синдромом Аспергера, как правило, не достигает в учении успехов, соответствующих его способностям. Со временем он обычно улучшает свои организационные умения.

В заключении подчеркнем, что решая проблему образования учащихся с СА, следует учесть условия успешной инклюзии их в образовательную среду учреждений общего среднего образования, сформулированные Т. Питерсом [12]. Во-первых, все педагоги, работающие с ребенком, имеют соответствующую подготовку по данной проблеме, работают как единая команда, координируют свои усилия, имеют возможность получить помощь специалистов по проблеме нарушений аутистического спектра; администрация школы поддерживает идеи инклюзии. Во-вторых, образовательная среда, учебные программы, методика обучения полностью адаптированы к особым потребностям ученика. В-третьих, общее количество учащихся в классе небольшое (до 15–20 человек); учитель имеет дополнительные часы на подготовку занятий (минимально 1 час в день на одного «особого» ученика). В-четвертых, учащиеся класса заинтересованы и подготовлены должным образом к появлению и обучению в классе ученика с аутистическими особенностями. В-пятых, такой ученик имеет к началу интеграции социальные умения, необходимые для обучения в детской группе. В-шестых, его семья получает необходимую поддержку; выбор формы обучения остается за родителями. В-седьмых, осуществляется координация между основным и специальным образованием. Несомненно, основным фактором, определяющим успех образовательной инклюзии, является позитивное и компетентное отношение к ней всех педагогических работников учреждения образования.

Для развития инклюзивных процессов в системе образования нашей страны представляет интерес опыт российских специалистов и педагогов в области инклюзивного образования детей с НАС [11]. Инклюзивное образование учащихся с НАС в учреждениях общего среднего образования предпо-

лагает их обязательное психолого-педагогическое сопровождение. В предлагаемой им образовательной программе необходим коррекционный блок в соответствии с их особенностями. И, следовательно, показаны индивидуальные и групповые занятия с педагогом-психологом, а также при необходимости с учителем-дефектологом. Эти дети нуждаются в развитии социальных, коммуникативных умений и навыков, умений проведения свободного времени, самообслуживания; в формировании алгоритма продуктивной учебной и иных видов деятельности; в образцах конструктивного поведения; в коррекции внимания, исполнительной функции и др. В настоящее время в Беларуси данная составляющая в образовательной программе для детей с СА отсутствует, они фактически «выпадают» из системы специального образования, что ведет к формальному характеру инклюзии. Кроме того, обучение особого ребенка в инклюзивном классе или посещение им занятий в учреждениях дополнительного образования возможно в большинстве случаев только при условии его сопровождения, например тьютором. Для учащегося с СА желательны также обучение в классе малой наполняемости, наличие индивидуального учебного плана или образовательной программы, щадящий режим пребывания в школе, индивидуализация темпа работы. Для развития и обучения детей с СА необходима образовательная среда, которая, с одной стороны, позволяет корректировать имеющиеся у них нарушения, а с другой – ориентирована на их способности и интересы.

Таким образом, особые образовательные потребности детей с НАС определяют и особенности их образовательной инклюзии.

#### Список литературы

1. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития / Э. Дж. Айрес; [пер. С англ. Юлии Даре]. – М.: Теревинф, 2009. – 272 с.

2. Attwood, T. The Complete Guide to Asperger's syndrome / T. Attwood. – London : Jessica Kingsley Publishers, 2006. – 397 p.
3. Богдашина, О.Б. Аутизм. Определение и диагностика / О.Б. Богдашина. – Донецк: ООО. “Лебедь”, 1999. – 112 с.
4. Гилберг, К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс. – СПб.: ИСПиП, 1998. – 124 с.
5. Инклюзивное образование: состояние, проблемы, перспективы: Материалы Регионального семинара. – Минск: Четыре четверти, 2007. – 208 с.
6. Каган, В.Е. Преодоление: неконтактный ребенок в семье / В.Е. Каган. – СПб: Фолиант, 1996. – 158 с.
7. Кирилук, В.С. Проблема детского аутизма, особенности заболевания и оказания помощи [Электронный ресурс] / В.С. Кирилук. – Режим доступа: [http://minzdrav.gov.by/ru/static/kultura\\_zdorovia/zdorov\\_semja?id=155](http://minzdrav.gov.by/ru/static/kultura_zdorovia/zdorov_semja?id=155). – Дата доступа: 15.02.2015.
8. Майлз, Б. Руководство учителя по синдрому Аспергера [Электронный ресурс] / Б. Майлз. – Режим доступа: <http://www.aspergers.ru/node/156>. – Режим доступа: 24.02.2012.
9. Морозов, С.А. Социальные и правовые аспекты помощи лицам с расстройством аутистического спектра / С.А. Морозов, Т.И. Морозова. – М., 2008. – 330 с.
10. Никольская, О.С. Аутичный ребенок: пути помощи / О. С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2007. – 288 с.
11. Обучение детей с расстройствами аутистического спектра. Методические рекомендации для педагогов и специалистов сопровождения основной школы / Отв. ред. С.В. Алехина // Н.Я. Семаго [и др.]; под общ. ред. Н.Я. Семаго – М.: МГППУ, 2012. – 80 с.
12. Питерс, Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Т. Питерс. – СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. – 192 с.



13. Пятницкая, И.В. Аутизм, особенности заболевания и оказания помощи [Электронный ресурс] / Режим доступа: [http://minzdrav.gov.by/ru/static/kultura\\_zdorovia/profilaktike\\_stressov/autizm](http://minzdrav.gov.by/ru/static/kultura_zdorovia/profilaktike_stressov/autizm). – Дата доступа: 15.02.2015.

14. Сивашинская, Е.Ф. Дети с синдромом Аспергера. Взаимодействие в семье и школе / Е.Ф. Сивашинская; Брест. гос. ун-т имени А.С. Пушкина. – Брест: БрГУ, 2012. – 99 с.

15. SPELL [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.autism.org.uk/living-with-autism/strategies-and-approaches/spell.aspx>. – Дата доступа: 16.02.2015.

16. Стоукс, С. Дети с синдромом Аспергера: характеристика, стили обучения и стратегии помощи [Электронный ресурс] / С. Стоукс. – Режим доступа: <http://www.aspergers.ru/node/173>. – Дата доступа: 12.03.2012.

17. Уильямс, К. Как понять ученика с синдромом Аспергера: руководство для учителей [Электронный ресурс] / К. Уильямс. – Режим доступа: <http://www.aspergers.ru/node/62>. – Дата доступа: 10.03.2012.

18. Уинг, Л. Синдром Аспергера: клиническое описание [Электронный ресурс] / Л. Уинг. – Режим доступа: <http://www.aspergers.ru/node/112>. – Дата доступа: 05.06.2014.