

Қазақстан Республикасы Оқу-ағарту министрлігі
Министерство просвещения Республики Казахстан

Ы. Алтынсарин атындағы Ұлттық білім академиясы
Национальная академия образования имени И. Алтынсарина



**Оқытуда мінез-құлық және ерекше қиындықтары бар балалар үшін
инклюзивті білім беру ортасын ұйымдастыру бойынша
әдістемелік ұсынымдар**

**Методические рекомендации по организации инклюзивной
образовательной среды для детей с поведенческими и специфическими
трудностями в обучении**

Нұр-Сұлтан

2022

Ы. Алтынсарин атындағы Ұлттық білім академиясы Ғылыми кеңесімен баспаға ұсынылды (2022 жылғы 16 тамыздағы № 9 хаттама)

Рекомендовано к изданию Ученым советом Национальной академии образования им. И. Алтынсарина (протокол № 9 от 16 августа 2022 года)

Оқытуда мінез-құлық және ерекше қиындықтары бар балалар үшін инклюзивті білім беру ортасын ұйымдастыру бойынша әдістемелік ұсынымдар. – Нұр-Сұлтан: Ы. Алтынсарин атындағы ҰБА, 2022. – 176 б.

Методические рекомендации по организации инклюзивной образовательной среды для детей с поведенческими и специфическими трудностями в обучении – Нур-Султан: НАО имени И. Алтынсарина, 2022. – 176 с.

Оқу құралында оқытуда мінез-құлық мен ерекше қиындықтары бар балаларға инклюзивті білім беру ортасын ұйымдастыру бойынша еліміздің педагогтеріне тиімді оқу-әдістемелік қолдау көрсету мақсатында әдістемелік ұсынымдар ұсынылады, педагогтердің, мамандардың, қоғамдық ұйымдардың осы топпен жұмыс істеу бойынша халықаралық және отандық тәжірибесі, елімізде ерекше білім беруді қажет ететін балаларды психологиялық-педагогикалық қолдау бойынша қолданыстағы нормативтік құқықтық база келтіріледі.

Әдістемелік ұсынымдар жалпы білім беретін мектептердің басшылары мен педагогтеріне, мектептегі психологиялық-педагогикалық қолдау қызметтерінің мамандарына, әдіскерлерге, білім беру бөлімдері мен басқармаларының, оқу-әдістемелік кабинеттердің мамандарына арналған.

В пособии предлагаются методические рекомендации с целью оказания действенной учебно-методической поддержки педагогам страны по организации инклюзивной образовательной среды для детей с поведенческими и специфическими трудностями в обучении, приведён международный и отечественный опыт работы педагогов, специалистов, общественных организаций по работе с данной группой детей с ООП, приведена действующая нормативная правовая база по психолого-педагогическому сопровождению детей с ООП в стране.

Методические рекомендации предназначены руководству и педагогам общеобразовательных школ, специалистам школьных служб психолого-педагогического сопровождения, методистам, специалистам отделов и управлений образования, учебно-методических кабинетов.

© Ы. Алтынсарин атындағы
Ұлттық білім академиясы, 2022
Национальная академия
образования им. И. Алтынсарина, 2022

Введение

Одним из приоритетных направлений развития образования в Республике Казахстан, как и во всём мировом пространстве, является достижение 4-й Цели устойчивого развития по обеспечению всеохватного и справедливого качественного образования и поощрение возможности обучения на протяжении всей жизни для всех. В Послании Главы государства народу Казахстана «Единство народа и системные реформы – прочная основа процветания страны» Касым-Жомарт Токаев отметил, что «наше образование должно быть доступным и инклюзивным» [1].

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

Задача по обеспечению равного качественного доступа к образованию включена в такие основные программные документы страны, как Национальный план развития Республики Казахстан до 2025 года [2], Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 726 «Об утверждении национального проекта «Качественное образование «Образованная нация» [3] и другие. Важным этапом в развитии инклюзивного образования в нашей стране стало подписание Главой государства Закона Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам инклюзивного образования» от 26 июня 2021 года [4].

Настоящие методические рекомендации призваны помочь педагогам, руководителям общеобразовательных школ, а также специалистам, которые оказывают им помощь и поддержку (педагог-психолог, педагог-ассистент и др.), повысить эффективность организации инклюзивной образовательной среды для детей с поведенческими и специфическими трудностями в обучении.

В методических рекомендациях представлены анализ литературного обзора по психофизическим основам поведенческих и специфических трудностей в обучении детей и мировой опыт организации инклюзивной образовательной среды с учетом поведенческих и специфических трудностей в обучении (на основе анализа передовых методик); сформулированы основные выводы и составлен свод рекомендаций и стратегий поддержки по включению в общеобразовательный процесс детей с поведенческими и специфическими трудностями в обучении.

Ключевая идея методических рекомендаций – обеспечение гибкости, индивидуализации и персонализации обучения, позволяющие педагогам реагировать на потребности в обучении всех детей; соблюдение принципов универсального дизайна обучения (умение адаптировать учебные программы, организовать необходимую поддержку детям с ООП).

1 Психофизиологические основы поведенческих и специфических трудностей в обучении детей

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

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

Подходы к обновлению содержания среднего образования, структура и содержание Государственного общеобязательного стандарта образования, учебные программы общеобразовательных школ, а также внедрение системы критериального оценивания являются примером сложного поиска решения серьезных концептуальных задач для всего общества.

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

Обновление содержания образования требует от педагога такой организации деятельности в классе, которая обеспечивала бы развитие индивидуальных способностей и творческого отношения к жизни каждого учащегося через внедрение деятельностных технологий, реализацию принципа гуманного подхода к детям.

Необходимо отметить, что в последние годы в программных документах нашего государства среди важных задач в области развития образования отмечаются вопросы обеспечения каждому ребенку равного доступа к качественному образованию, создания безопасной и комфортной среды обучения [3].

Наряду с этим, в настоящее время для более системного понимания в вопросах детства и принятия решений в Казахстане утвержден индекс благополучия детей, который даст возможность отслеживать эффективность национальной политики по улучшению положения детей в разных сферах и в разбивке по регионам [5]. Индекс разработан с учетом принципа в области устойчивого развития «Никого не оставить в стороне» и охватывает такие

важные сферы, как безопасность, здоровье, образование, материальное благополучие и социализацию каждого ребенка.

В процессе инклюзивного образования важным моментом является постановка в центр внимания школьника и его индивидуальных особенностей, потребностей, интересов, сильных и слабых сторон. Ученик в успешной практике системы инклюзивного образования является субъектом образования, мотивированным, отдающим себе отчет в том, что он делает, зачем и как, что он способен сделать, а что нет и почему, а также чему он учится и каков результат обучения. Иными словами, ученик с особыми образовательными потребностями осуществляет рефлексию своей деятельности.

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

Однако и сейчас, как и на протяжении многих лет, преодоление неуспеваемости обучающихся является одной из важнейших задач теоретической и практической педагогики. Необходимо подчеркнуть, что данная педагогическая задача приобретает свои особенности в зависимости от многих факторов, в том числе социально-экономических условий в стране и обществе в целом. Так, в нынешней ситуации в мире и Казахстане к классическим проблемам педагогики добавились трудности с неуспеваемостью, связанные с издержками дистанционного обучения в период ограничительных мер, связанных с коронавирусной инфекцией. Комплексное изучение проблемы неуспеваемости обучающихся как дидактического явления предполагает исследование её причин, а также определение путей предупреждения и преодоления.

В настоящее время требуются новые теоретические знания о существе самого явления, о признаках и формах его проявления в современной школе. При этом большое значение имеют комплексные исследования данной проблемы, включающие изучение аспектов неуспеваемости в отдельных педагогических науках, в том числе и психологии.

На основе анализа данных были сделаны следующие выводы. Наблюдается прямая связь между уровнем знаний педагогов об особенностях развития обучающегося с ООП и инвалидностью и уровнем эмоциональных затруднений при взаимодействии с ним. Чем выше уровень знаний педагогов о детях с особыми образовательными потребностями, тем меньше степень эмоциональных затруднений при контакте с ними. Такая же связь наблюдается в отношении готовности педагогов включать детей с ООП в учебное взаимодействие на уроке.

По данным Министерства образования и науки РК на 01.01.2022г. зарегистрировано 175 082 детей и подростков с особыми образовательными потребностями среди 6 295 590 детского и подросткового населения. Согласно сведениям ПМПК страны к вышеуказанной дате в Казахстане всего выявлено 56534 детей и подростков с задержкой психического развития (32,3% от общего количества детей с ООП), 52699 (30,1%) детей с нарушениями речи, 21641 (12,4%) детей с легкой и умеренной умственной отсталостью, 17550 (10%) детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, 8796 детей с расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения (с аутизмом), что составляет 5% от общего количества детей с ООП, а также 7934 (4,5%) слабовидящих детей, 4079 (2,3%) слабослышащих детей, 3840 (2,2%) детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью, 1686 (1%) неслышащих и 320 (0,2%) незрячих детей. За этот же период по данным ПМПК зарегистрировано 1461 (0,8%) детей с кохлеарным имплантом и 3 детей со слепоглухотой.

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

В процессе организации обучения детей в инклюзивной среде следует принимать во внимание два аспекта, существующие в настоящий период развития общего образования. Первый из них связан с требованием соблюдения единства базового образования, которое обеспечивает возможность учащимся с особыми образовательными потребностями (за исключением детей с умственной отсталостью) получения школьного образования, соответствующего требованиям ГОСО РК, гарантирующее им равные права на продолжение образования и получение профессии. Второй аспект отражается в актуальности адаптации образовательных условий для развития потенциальных возможностей детей с особыми образовательными потребностями, необходимости учета их индивидуально-типологических особенностей, а также социокультурных факторов, влияющих на качество их обучения и воспитания.

Принимая во внимание вышесказанное, будет целесообразным раскрыть основные постулаты, приведенные в Международной классификации функционирования (МКФ), ограничений жизнедеятельности и здоровья [7, с. 6]. МКФ принадлежит к «семье» международных классификаций, разработанных Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), которые применимы к различным аспектам здоровья. «Семья» международных классификаций ВОЗ обеспечивает общие правила кодирования широкого круга информации, связанной со здоровьем (например, диагноз, функционирование и ограничение жизнедеятельности, основание для обращения за медицинской помощью), и использует стандартизованный общий язык, позволяющий общаться по проблемам, связанным со здоровьем и здравоохранением, во всем мире в различных дисциплинах и отраслях науки.

МКФ является многоцелевой классификацией, разработанной для использования в различных дисциплинах и областях. Ее специфические цели могут быть определены как следующие:

- обеспечить научную основу для понимания и изучения показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, результатов вмешательств и определяющих их факторов;

- сформировать общий язык для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, с целью улучшения взаимопонимания между различными пользователями: работниками здравоохранения, исследователями, администраторами и обществом, включая людей с ограничениями жизнедеятельности;

- сделать сравнимой информацию в разных странах, сферах здравоохранения, службах и во времени;

- обеспечить систематизированную схему кодирования для информационных систем здоровья.

Таким образом, МКФ основана на био-психосоциальной модели, область которой охватывает все аспекты здоровья человека и компоненты благополучия, актуальные для здоровья, включая, например, наличие значимых отношений и получение качественного образования. Она не охватывает обстоятельства, в которых дискриминация или социальная изоляция вызваны исключительно социальными факторами, например, по признаку религии, пола или этнической принадлежности. Тем не менее, она имеет универсальное применение в контексте здоровья и благополучия. МКФ касается не только людей с ограниченными возможностями, она касается всех людей. Преимуществом МКФ является преобразование компонентов здоровья в качестве основы для понимания динамики между проблемами со здоровьем, функционированием и ограничениями жизнедеятельности, и контекстными факторами. Функционирование и ограничения жизнедеятельности понимаются как результат сложных взаимодействий между биологическими, психологическими и социальными факторами [8].

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

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

В зависимости от характера и степени выраженности трудностей обучения у обучающегося могут выявляться от одной до нескольких особых образовательных потребностей. Особые образовательные потребности у школьников могут возникать на любом этапе получения образования.

Диапазон различий в развитии детей и подростков с ООП чрезвычайно велик: от практически нормально развивающихся, испытывающих временные и относительно легко устранимые трудности до детей с необратимым тяжелым поражением центральной нервной системы; от детей, способных при специальной поддержке на равных обучаться вместе с другими сверстниками до детей, нуждающихся в адаптированной к их возможностям индивидуальной программе образования [9].

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

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

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

В этой связи особую актуальность обретает проблема формирования научно-педагогического мышления и сознания учителя, способного обновлять содержание своей деятельности посредством критического, творческого её освоения, применения достижений науки и педагогического опыта.

Поскольку в настоящее время миссией школы является – обучение всех и каждого, постольку у каждого педагога резонно должны возникать вопросы:

- Как это сделать?
- Каким образом обучить всех?
- Как обучать детей с особыми образовательными потребностями в обычном классе?
- Как помочь им достичь цели и при этом не упустить из виду обучение других детей?
- Каким образом построить учебный процесс так, чтобы все дети в классе достигли успеха?

Эти вопросы должен задавать себе каждый современный педагог и стремиться к нахождению их оптимальных решений.

То, что обучение и воспитание так или иначе должно быть согласовано с уровнем развития ребенка, – это установленный и многократно проверенный факт, который невозможно оспаривать. Разные дети по-разному овладевают знаниями, умениями и навыками. Эти различия обусловлены тем, что каждый ребенок в силу специфических для него условий развития, как внешних, так и внутренних, обладает индивидуальными особенностями. Психофизиологические особенности детей, разные уровни их умственных способностей закономерно требуют для обеспечения эффективного обучения каждого ребенка или группы детей неодинаковых условий обучения [10].

Область знаний, акцентирующую внимание на психологических особенностях детей разного возраста, изучает возрастная психология, в то время как психология развития – это сфера знаний, содержащих информацию в основном о законах возрастного преобразования психологии детей. Возрастную психологию нельзя представлять себе вне развития, как нечто неизменное. Точно так же развитие немислимо без выделения его возрастных особенностей. В реально существующей области знаний о возрастном развитии детей оба эти момента слиты. Предметом возрастной психологии, или психологии возрастного развития, является изучение и представление в виде научных фактов и соответствующих теорий основных особенностей психического развития детей при их переходе из одного возраста в другой.

Возрастная психология отмечает те сравнительно медленные, но основательные количественные и качественные изменения, которые происходят в психике и поведении детей при их переходе из одной возрастной группы в другую. Обычно эти изменения охватывают значительные периоды жизни, от нескольких месяцев для младенцев до ряда лет для детей более старшего возраста. Эти изменения зависят от так называемых «постоянно действующих» факторов: биологического созревания и психофизиологического состояния организма ребенка, его места в системе человеческих социальных отношений, достигнутого уровня интеллектуального и личностного развития [10].

Одной из основных проблем возрастной психологии является вопрос о том, что больше определяет психическое и поведенческое развитие детей: созревание и анатомо-физиологическое состояние организма или влияние внешней среды.

Эту проблему можно обозначить как проблему органической (организменной) и средовой обусловленности психического и поведенческого развития человека.

С одной стороны, это развитие, безусловно, зависит от организма, так как только анатомо-физиологическое устройство человеческого организма делает человека обладателем сознания, позволяет иметь речь и высокоразвитый интеллект. Аномалии в анатомо-физиологическом состоянии организма, возникшие генетическим путем или в результате серьезного заболевания, сказываются на психическом развитии, задерживая его. Пока достаточно не созреет мозг ребенка, у него невозможно сформировать вербальную речь и многие другие связанные с ней способности.

С другой стороны, столь же очевидно, что психическое и поведенческое развитие организма зависит и от среды, причем, как справедливо считают многие современные ученые, в гораздо большей степени, чем от организма. Если бы это было не так, то существование всей системы образования утратило бы смысл. То же самое касается совершенствования содержания и методов обучения и воспитания.

Однако точно сказать, в какой степени психическое развитие ребенка на том или ином его этапе зависит от организма или среды, не представляется возможным. В этом и заключается суть обсуждаемой проблемы. [10].

Медицинская модель описывает все процессы в человеке или обществе и представляет собой подход к индивиду и его болезни (физическому страданию или психической болезни), доминирующей в медицине, психотерапии, целью которого является выявление симптомов и синдромов и лечения тела, индивида, общества как очень сложного механизма.

Авторы исследований С. Кёртис и Э. Такет утверждают, что медицинская модель здоровья безраздельно властвует в научном мире, в котором тело рассматривается как работающая машина, где, если есть какие-то неисправные детали, нуждающиеся в ремонте, т. е. плохое состояние здоровья, их надо исправлять, т. е. лечить. Они утверждают, что акцент в медицинской модели делается на диагнозе болезни с фокусом на лечении, а не на профилактике болезни (Curtis, Taket, 1996). По мнению авторов [11] теоретические разработки некоторых направлений в психологии (психодинамические, психогенетические, биохимические теории, теории стресса, теория Пиаже и др.) полностью базируются на медицинской модели, в которой представлено преимущественно субъект-объектное взаимодействие между агентом и реципиентом. Отказ от этой модели в пользу социальной приводит к формированию в основном субъект-субъектных взаимодействий между людьми.

История развития психологической науки показала тупиковость исследований развития высших функций, базирующихся на постулатах медицинской модели. Такое положение заставило исследователей искать иной путь получения информации о развитии высших психических функций и связывать его с социальной ситуацией.

Говоря словами А.С. Макаренко о положении человека в обществе «Не может быть воспитания, если не сделана центральная установка о ценности человека» [12, с. 249]. А.С. Макаренко связал идею воспитания с ценностью человека, в которую в настоящее время в рамках производственных отношений определяют как социальный капитал [11, с. 33].

Переход от медицинской модели к социальной в изучении развития ребенка во многом был вызван работами Л.С. Выготского в психологии развития. В свою очередь благодаря его исследованиям, а также работам Ж.Пиаже, Дж. Боулби, Л. Колберга, Э. Эриксона и др., появились нескольких направлений в современной психологии, давших импульс изучению таких феноменов, как вера, доверие, надежда, жизнестойкость и жизнеспособность в возрастной психологии и психологии развития.

В своем известном труде «Педагогическая психология» Выготский писал: «...Всякому нашему поступку предшествует непременно какая-либо вызывающая его причина в форме либо внешнего факта, события, либо внутреннего желания, побуждения или мысли. Все эти мотивы поступков и будут раздражителями наших реакций. Таким образом, реакцию следует понимать как известное взаимоотношение между организмом и окружающей его средой» [13].

Уделяя внимание важной роли учителя в воспитательном процессе, далее Выготский подчеркивает: «...Социальная среда есть истинный рычаг воспитательного процесса, и вся роль учителя сводится к управлению этим

рычагом. ...Садовник влияет на прорастание цветка, повышая температуру, регулируя влажность, изменяя расположение соседних растений, подбирая и примешивая почву и удобрение, т.е. опять-таки косвенно, через соответствующие изменения среды. Так и педагог, изменяя среду, воспитывает ребенка».

Поскольку в настоящей методической разработке внимание сфокусировано на трудностях в обучении детей, связанных с поведенческими и специфическими причинами, необходимо остановиться также на таких понятиях, как «характер», «темперамент». Характер (от греч. *charakter* – «печать, чеканка, зарубка») является подструктурой личности, образуемой индивидуально-своеобразным комплексом устойчивых личностных особенностей, определяющих присущие личности типичные формы и способы достижения целей и самовыражения в общении с другими людьми.

Наука о характере в психологическом значении слова – характерология – имеет столь же длительную историю, как и сама психология. На протяжении тысячелетий характерология как сфера науки, искусства и житейской мудрости стремилась решить две основные задачи: типологизации характеров (темпераментов) и определения характера (или темперамента) по тем или иным внешним признакам (или «психогностика») (В. Штерн).

Различия человеческих характеров, как наиболее существенных свойств и особенностей человека, определяющих его внешний облик и поведение (индивидуальные различия в широком смысле), с глубокой древности обращали на себя внимание философов и врачей [14].

Если обратиться к истории исследования темперамента человека, характеризующего преимущественно формально-динамические аспекты поведения личности, ее энергетику, «внешнюю картину поведения» человека, то необходимо обратиться к учению Гиппократу, который предложил гуморальную концепцию темперамента.

Гиппократ учил, что темперамент зависит от соотношения четырех жидкостей организма – крови, желчи, лимфы и флегмы. Смесь этих жидкостей и лежит в основе четырех основных типов темперамента: сангвиники, холерики, меланхолики и флегматики. Каждый из этих четырех основных типов по феноменологии был столь метко охарактеризован Гиппократом, что его типология темпераментов вышла за рамки науки и стала достоянием обыденного сознания [15].

Одни люди по темпераменту чрезвычайно медлительны и невозмутимы. Во всей манере их поведения чувствуется степенность, размеренность. В данной Гиппократом типологии темперамента таких людей называют флегматиками. Другие люди подвижны, порывисты, легко воспаляются, мгновенно ухватываются за новые идеи. Эти люди во время беседы столь отчаянно жестикулируют, что даже можно не расслышать их речи. Они просто не могут не общаться. Таких общительных людей, за переменными настроениями которых невозможно уследить, которые пылко любят сегодня и забывают о своей любви завтра, относят к типу сангвиников.

В отличие от сангвиников холерики чрезвычайно восприимчивы и глубоко переживают все свои радости, свои боли и печали. Они импульсивны. Под влиянием аффекта могут совершить необдуманый поступок, а после будут раскаиваться.

Совершенно иной тип – меланхолики. Они глубоко переживают любое событие жизни, но в отличие от холерика свое горе носят в себе, внешне не проявляя свои переживания. В отличие от холериков меланхолики чрезвычайно постоянны в своих привязанностях. Если меланхолик кого-то полюбит, то для него разрыв оборачивается трагедией. Он будет тихо страдать, мучиться, но не решится на тот или иной поступок.

Выделенные Гиппократом четыре основных типа темперамента привели к возникновению самой идеи существования наследственно обусловленных типов людей, а также к вопросу о взаимосвязи тех или иных особенностей организма с характеристиками поведения человека и животных. Поставленная Гиппократом проблема по сей день решается представителями различных направлений антропологии, психиатрии, нейрофизиологии и дифференциальной психофизиологии: на смену смеси четырех жидкостей приходят соотношения внешнего телосложения, соматотипов, свойств нервной системы, биоэнергетических характеристик функционирования мозга и т.п. Было бы ошибкой считать историю исследований темперамента историей заблуждений, а вопрос о существовании типологий – изначально мнимой проблемой. Однако именно при разработке проблемы темперамента антропоцентрическая парадигма исследования человека, изолирующего его из естественно исторического процесса, оказалась особенно выраженной и привела к поиску «одномерных» типологий через перебор отдельных признаков обособленных индивидов там, где речь могла бы идти об общих типичных тенденциях развития индивидов в популяциях, имеющих приспособительный эволюционный смысл. До сих пор исследования типологий темперамента в основном идут в русле конституционно-антропометрической стратегии и по пути поиска нейродинамических коррелятов психодинамических особенностей темперамента [15].

Известны также конституционные типологии темперамента и характер личности, развитие которых шло в направлении от выделения «прототипов», обобщенных эталонов, с которыми сопоставлялись характеристики индивидов, к выделению набора «параметров», через соотношение которых выделялся тот или иной тип.

Ярким примером типологий, направленных на выявление связи между строением тела человека и его психическими свойствами, его характером принадлежит немецкому психиатру Э. Кречмеру. Столетием раньше он пришел к предположению, что люди, обладающие четырьмя типами телосложения, имеют наследственную предрасположенность к большей или меньшей выраженности психического склада личности, в резкой и явной форме наблюдающегося у больных шизофренией, эпилепсией и циклотимией (маниакально-депрессивным психозом). Э. Кречмер искал в особенностях телосложения человека тот объективный ряд признаков, опираясь на которые в

клинике можно будет более четко проводить диагностику психических заболеваний.

Однако особенности телосложения сами по себе не определяют развитие личности. При этом они могут стать «знаками», которые, будучи вовлечены в жизнь личности, порой становятся чуть ли не решающими обстоятельствами для формирования характера индивидуальности.

В пограничной психиатрии описаны проявления болезненной убежденности в наличии мнимого физического недостатка, наиболее часто проявляющейся в подростковом и юношеском возрасте. Это заболевание носит название «дисморфофобия». При заболевании дисморфофобией юноши или девушки, считающие, что у них, например, слишком длинный нос или деформирована какая-либо часть тела, начинают избегать общества, перестают посещать занятия и т.д. У них резко обедняется круг общения, происходит все большее их выпадение из взаимоотношений с другими людьми. Вместо общения с людьми они могут часами простаивать перед зеркалом («симптом зеркала»), подыскивая позы, в которых их мнимый дефект меньше заметен окружающим. В случае дисморфофобии страдает не только характер, но и самосознание личности.

Дисморфофобия чаще всего возникает в юношеском возрасте, возрасте поиска своего «Я». Неудачная шутка окружающих в этот период может вызвать фиксацию на «мнимом недостатке», превратить его в «знак», который начнет определять выбор поведения девушки или юноши, привести к оскудению отношений, а вслед за этим к расстройствам самосознания вплоть до утраты «Я». Синдром дисморфофобии показателен в том плане, что он демонстрирует влияние ставших «знаками» мнимых физических нарушений на формирование характера личности, а не на прямую детерминацию физическими особенностями телосложения черт личности человека.

Особенности телосложения сами по себе не определяют характер личности. Они являются безличными предпосылками развития личности, которые в процессе жизненного пути могут стать «знаками», «средствами» и привести к формированию тех или иных проявлений индивидуальности человека [15].

Необходимо отметить важное значение классических исследований И.П. Павлова, ставших основой для изучения типов высшей нервной деятельности, обеспечивающих проявления темперамента, то есть энергетику поведения.

В исследованиях школы Б.М. Теплова уточнялись представления о силе, подвижности, уравновешенности (баланс, торможение и возбуждение) нервных процессов и их объективных индикаторов, а также были выделены такие новые свойства, как динамичность (легкость генерации возбуждения и торможения) и лабильность. Выделение этих новых свойств нервной системы стала важным шагом на пути изучения психофизиологии индивидуальных различий.

Основным направлением анализа нейрофизиологических реализаторов темперамента стало направление исследований В.Д. Небылицина, идущее от изучения частных свойств нервной системы к общим свойствам нервной

системы, к ее «сверханализаторным» особенностям, обеспечивающим реализацию интегральных психодинамических проявлений темперамента и общих способностей.

В исследованиях В.С. Мерлина и Е.А. Климова изучены психологическая природа закономерностей овладения человеком свойствами темперамента, а также влияния индивидуальных свойств на способы деятельности, ее операциональные механизмы.

В психологии личности давно утвердилась мысль о том, что развитие личности идет от социального мира общества к индивидуальному миру личности. Эта мысль столь органично вписывается в современную психологию, что она начинает восприниматься как постулат, не требующий доказательств. Между тем без детального анализа закономерностей развития личности в различные исторические эпохи и в различных культурах данной эпохи само представление о социальном мире как бы застывает, превращается в нечто вечное, неизменное и абстрактное. Ключом к пониманию развития личности в социогенезе является категория «социально-исторический образ жизни». Категория «социально-исторический образ жизни», как и связанные с этой категорией представления о «социальной ситуации развития», во-первых, дает возможность снять оппозицию «личность – общество» и рассмотреть закономерности развития личности в социогенезе; во-вторых, провести анализ развития личности как бы на пересечении трех координат – координат *исторического времени, социального пространства и индивидуального жизненного пути личности*. [15].

Ценность «быть личностью» становится в условиях социально-исторического образа жизни в развитых странах мотивом, который оборачивается порой духовными «кризисами идентичности». Вместе с тем эти факты свидетельствуют о все большей выраженности тенденции к изменчивости в историко-эволюционном процессе развития личности в разные эпохи и в разных культурах.

Поскольку речь идет о психофизиологических основах поведенческих и специфических трудностей в обучении детей, необходимо сказать о том, что ученые, приверженцы нейропсихологического подхода, предлагают рассматривать проблему с точек зрения и учителя, и ученика и называть проблемы учителей «трудностями в обучении», а проблемы учеников «трудностями учения» [16]. Исследователи отмечают, что многим детям трудно учиться, но у части школьников эти проблемы приобретают особый, трудно компенсируемый характер вследствие выраженной неравномерности развития психических функций и не могут быть преодолены без специальной коррекционной помощи. Это и есть дети с трудностями учения [16].

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

Вследствие недостаточного понимания закономерностей развития психических и физиологических процессов у детей в каждом возрастном периоде педагоги, школьные психологи и родители часто не могут вовремя

заметить у ребенка проблемы с учением и не знают, как помочь их преодолеть. В школьной практике чаще всего предпринимаются безуспешные попытки исправить неудовлетворительный результат обучения, когда прежде всего требуется скорректировать его причину.

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

Большинство исследователей, изучая психофизиологические причины трудностей учения детей, выделяют две группы факторов: средовые (экзогенные) и биологические (эндогенные) [16].

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

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

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

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

В 2020 году для своевременного выявления заболеваний и нарушений развития охвачено профилактическими осмотрами 4,4 млн. детей; скринингами

– более 900 тыс. детей раннего возраста. С целью профилактики охвачено иммунизацией до 90,7% детского населения против 12 инфекционных вакциноуправляемых заболеваний. Организовано 523 кабинета развития ребенка для консультирования по вопросам ухода за детьми раннего возраста. Бесплатным лекарственным обеспечением в 2020 году было охвачено 877 869 детей с 96 заболеваниями на общую сумму 24 млрд. 787 млн. тенге. Благодаря реализации эффективных перинатальных технологий, современным методам реанимации повысилась выживаемость недоношенных детей до 80%.

Развивается неонатальная хирургия, ежегодно проводится более 1000 оперативных вмешательств новорожденным с врожденными пороками развития, эффективность которых составила 88,5%. Свыше 2000 кардиохирургических операций в год проводится детям с врожденными пороками сердца, из них 77,0% составили дети первого года жизни, ранее эту категорию детей направляли только за рубеж. Эффективность операций на открытом сердце составила 95,0%, эндоваскулярных вмешательств – 99,5%.

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

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

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

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

Высокую актуальность приобретает проблема редких (орфанных) заболеваний у детей. С целью совершенствования оказания медицинской

помощи детям с орфанными заболеваниями определены координационные центры республиканского уровня по профильным специальностям.

По данным Научного центра педиатрии и детской хирургии, осуществляющего координацию по редким заболеваниям в РК, одной из основных проблем, с которыми сталкиваются родители, – это поздняя диагностика заболевания, сложность молекулярно-генетической верификации этих заболеваний. Кроме первичной диагностики этих заболеваний, есть острая необходимость в мониторинге активности ферментов в процессе терапии с целью оценки эффективности лечения. Недостаточно специалистов, имеющих опыт в области лечения орфанных болезней. Немаловажным и актуальным вопросом для улучшения качества жизни детей с редкими заболеваниями является комплексный подход в лечении.

Дети и подростки являются одной из уязвимых частей общества по отношению к основным поведенческим факторам риска, включая желание испытать на себе воздействие наркотиков, табака и алкоголя. По данным МЗ РК, за последние три года по показателям распространенности табакокурения, алкоголизма и наркомании среди несовершеннолетних наблюдается положительная тенденция. Так, показатель потребления наркотиков среди детей и подростков снижен на 39,8% (2018 г. – 133, 2019 – 101, 2020 – 80). Число подростков, состоящих на учете в связи с употреблением алкоголя, снизилось на 28,8% (2018 г. – 215; 2019 г. – 185, 2020 г. – 153). Количество несовершеннолетних, состоящих на наркологическом учете с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ, снизилось на 49% (в 2018 г. – 506, 2019 г. – 364, 2020 г. – 258). За последние пять лет в расчёте на 100 тыс. населения снижение показателя составило с 20,0 в 2015 году до 3,95 в 2020 году. Отмечается сокращение численности контингента лиц в возрасте до 18 лет с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением наркотических средств и психотропных веществ, с 6,5 на 100 тыс. населения в 2015 году до 1,2 в 2020 году.

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

Проведенный анализ обеспечения прав ребенка на здоровье свидетельствует о необходимости кардинальных мер по формированию у детей и подростков здорового образа жизни, повышению эффективности действующих профилактических мероприятий, привлечения родителей, учителей, специалистов в области здравоохранения, общественности к реализации совместных мероприятий, обеспечения регулярного мониторинга подверженности детей поведенческим, социальным и экологическим рискам [17].

Безусловно, прямым следствием неблагоприятной картины состояния здоровья детей является увеличение числа школьников, испытывающих трудности в обучении. Болезнь ослабляет ребенка, ухудшает состояние его нервной системы. А для ослабленных, часто болеющих детей, как правило,

характерны низкая, неустойчивая работоспособность, повышенная утомляемость, эти дети не могут сосредоточиться на выполнении задания, легко отвлекаются, что неизбежно ведет к целому комплексу трудностей в обучении, особенно на начальном этапе [16].

На разных этапах индивидуального развития организма и на разных этапах обучения в качестве основных причин трудностей учения выступают разные факторы. В критические периоды (начало обучения, период полового созревания) наиболее значимы физиологические, психофизиологические факторы, состояние здоровья, в остальные периоды на первый план выходят психологические и социальные факторы. Многие специалисты указывают, что в ряде случаев наблюдается сочетанное влияние эндогенных и экзогенных факторов. Преобладание биологических или средовых факторов обуславливает различные по тяжести и возможностям компенсации проявления механизмов трудностей учения.

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

Поэтому чем раньше у ребенка будут диагностированы трудности учения и чем раньше начнется коррекционно-развивающая работа, тем лучшего результата удастся достичь. «Комплексные экономические, нейробиологические и психологические исследования, проводимые при участии лауреата Нобелевской премии по экономике Джеймса Хекмана, показывают эффективность раннего начала коррекционных мероприятий с детьми группы риска по когнитивному и эмоциональному развитию.

Ухудшение здоровья детей в последние годы происходит на фоне экологического и социального неблагополучия и продолжающейся интенсификации школьного образования. Сейчас многие дети приходят в школу недостаточно готовыми к обучению с точки зрения их психофизического развития. При этом, попадая в условия систематических школьных перегрузок, они оказываются неуспевающими учениками или учащимися, успехи которых в школе достигаются ценой здоровья. Постоянное пребывание в ситуации неуспешности или тревожного ожидания неуспеха усугубляет поведенческие и нервно-психические отклонения и нередко толкает к асоциальным формам поведения [18].

Многим детям с задержкой психического развития свойственны гиперактивность, импульсивность, повышенная утомляемость, тревожность, эмоциональная неустойчивость, агрессивность, что обуславливает трудности их адаптации в детском коллективе. Во время уроков они не могут усидеть на месте,

вертятся, встают, перебирают предметы на столе и в сумке, лезут под стол, а на переменах бесцельно бегают, кричат, часто затевают бессмысленную возню. Учебная деятельность таких детей характеризуется низкой продуктивностью: они часто не усваивают задания, даваемые учителем, не могут на относительно длительное время сосредоточиться на их выполнении, отвлекаются на любые посторонние стимулы.

Для младших школьников с задержкой психического развития характерны эмоциональная лабильность, слабость волевых усилий, несамостоятельность и внушаемость, личностная незрелость в целом. Эмоциональная лабильность проявляется в неустойчивости настроений и эмоций, быстрой их смене, легкости возникновения эмоционального возбуждения или плача, иногда – немотивированных проявлений аффекта. Нередко детей охватывает состояние беспокойства. Неадекватная веселость и жизнерадостность выступают, скорее, как проявление возбудимости, неумения оценить ситуацию и настроение окружающих.

Для всех младших школьников с задержкой психического развития характерны частые проявления беспокойства и тревоги. В школе у таких детей наблюдается состояние напряженности, скованности, пассивность, неуверенность в себе [16].

Во многих публикациях причины задержки в темпах психического развития детей обозначаются термином «минимальные мозговые дисфункции» (ММД). Данный термин с 1960-х годов широко используется зарубежными неврологами и психологами применительно к легким формам церебральной патологии, имеющим стертую неврологическую симптоматику в виде задержки в темпах развития функциональных систем мозга. Исследователи считают, что минимальные мозговые дисфункции являются последствиями ранних диффузных повреждений головного мозга, которые не определяются аппаратными методами и проявляются в виде нейрохимической и нейрофизиологической дисфункций. Такие дисфункции при неблагоприятных условиях инициируют развитие симптомов, связанных с трудностями учения в школе, к трудностям у ребенка с контролем и регуляцией поведения в целом. Понятие ММД охватывает широкий спектр клинических проявлений: тревожность, инфантильное поведение, двигательную расторможенность, агрессивность, нарушения внимания, импульсивность, раздражительность, функциональные нарушения ВПФ, расстройство сна, учебные трудности и многие другие симптомы. Психологи отмечают, что понятие «минимальные мозговые дисфункции» – слишком широкое и неопределенное, хотя в современных исследованиях наблюдается тенденция к дифференциации отдельных синдромов в картине ММД.

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

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

В рубрике F06 – другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью, –

приведены следующие патологические состояния: легкое когнитивное расстройство (F06.7); органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6).

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

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

С нейropsихологической точки зрения это означает, что в основе разных клинических форм нарушений развития и поведения будут лежать разные сочетания пострадавших зон мозга или минимальных дисфункций.

В клинической практике у детей часто наблюдается сочетание симптомов, которые можно отнести не к одной, а к нескольким диагностическим рубрикам по классификации МКБ-10 [16].

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

F90 – гиперкинетические расстройства;

F91 – расстройства поведения (F91.0 – расстройства поведения, ограничивающиеся семейным окружением; F91.1 – несоциализированное расстройство поведения; F91.2 – социализированное расстройство поведения; F91.3 – оппозиционно-вызывающее поведение; F91.8 – другие; F91.9 – расстройство поведения, неуточненное);

F92 – смешанные расстройства поведения и эмоций;

F94 – расстройство социального функционирования;

F95 – тикозные расстройства;

F98.0 – неорганический энурез;

F98.1 – неорганический энкопрез;

F98.2 – расстройство питания в младенческом возрасте;

F98.3 – поедание несъедобного;

F98.4 – стереотипные двигательные расстройства;

F98.5 – заикание;

F98.6 – речь взхлеб.

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

1) больной проявляет для своего возраста необычно частые или тяжелые вспышки гнева;

2) часто спорит со взрослыми;

- 3) часто активно отказывается выполнять требования взрослых или нарушает их правила;
- 4) часто намеренно делает вещи, которые досаждают другим людям;
- 5) часто обвиняет других в своих ошибках или поведении;
- 6) часто обидчив или ему легко досадить;
- 7) часто сердится или негодует;
- 8) часто злобен или мстителен;
- 9) часто обманывает или нарушает обещания с целью получения выгоды или уклонения от обязательств;
- 10) часто затевает драки (сюда не относятся драки с братьями и сестрами);
- 11) использовал оружие, которое способно причинить серьезный физический вред другим людям (например, клюшку, кирпич, разбитую бутылку, нож, огнестрельное оружие);
- 12) несмотря на запреты родителей часто затемно остается на улице (если начало отклонений – в возрасте до 13 лет);
- 13) проявляет физическую жестокость по отношению к другим людям (например, связывает жертву, наносит ей порезы, ожоги);
- 14) проявляет физическую жестокость по отношению к животным;
- 15) преднамеренно разрушает чужую собственность;
- 16) преднамеренно разводит огонь с риском или намерением причинить серьезный ущерб;
- 17) крадет ценные вещи из дома или других мест;
- 18) часто прогуливает школу;
- 19) убегал из дома по меньшей мере дважды или убегал один раз, но больше, чем на одну ночь (кроме случаев уклонения от насилия);
- 20) совершает преступления на виду у жертвы (включая выхватывание кошельков, вырывание сумок);
- 21) принуждает другого к половой деятельности;
- 22) частые проявления задиристого поведения (преднамеренное причинение боли, унижение, мучение);
- 23) проникает в чужие дома и автомобили.

Примечание. Для констатации симптомов 11, 13, 15, 16, 20, 21, 23 требуется хотя бы однократное их возникновение. Расстройство поведения диагностируется только в том случае, если оно не отвечает критериям других расстройств, таких, как диссоциальное расстройство личности, шизофрения, маниакальный эпизод, гиперкинетическое расстройство, депрессивный эпизод, эмоциональное расстройство [19].

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

бегства, «несоциализированная агрессивность», групповые правонарушения [19].

Расстройство аутистического спектра

Остановимся более подробно на признаках аутистического развития, известного многим как синдром раннего детского аутизма, которое оформляется к 2,5-3 годам. К этому возрасту психическое развитие ребенка имеет уже выраженные черты искаженности [20], нарушения носят всепроникающий характер и проявляются в особенностях моторного, речевого, интеллектуального развития.

В настоящее время становится ясным то, что искажение психического развития связано, прежде всего, с общим нарушением возможности ребенка вступать в активное взаимодействие с окружающим. Такое нарушение является закономерным результатом трудностей становления уже на первом году жизни основных аффективных механизмов, формирующих и поведение, и само мироощущение ребенка [21]. Они развиваются скорее в целях защиты и ограждения малыша от контактов с миром.

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

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

Аутизм как отдельный синдром был выделен в середине 20 века, и тогда же стали появляться первые методики, направленные на его преодоление. В конце 20 века с увеличением количества детей с атипичными формами аутизма получил распространение термин расстройства аутистического спектра (РАС), который объединил группу нарушений, сходных по симптоматике. Аутизм является тяжёлой формой патологии развития, характеризующейся нарушениями социальных, коммуникативных и речевых функций, а также наличием нетипичных интересов и форм поведения. Наиболее ярко РАС проявляется в возрасте 3 – 5 лет. До этого проявления стерты, малодифференцированы. Позже (особенно после 10 лет) симптоматика сглаживается или переходит в какую-либо клиническую форму и на первый план выступает социальная неприспособленность ребёнка [22].

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

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

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

- Полная отрешенность от происходящего, отрешённость от внешней среды;
- Активное отвержение;
- Захваченность аутистическими интересами;
- Трудность организации общения и взаимодействия, сверхтормозимость ребёнка окружающей его средой.

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

На современном этапе в арсенале специалистов накопилось несколько десятков подходов, которые возможно применять в работе с аутичным ребенком, сочетая и комбинируя их между собой. Эффективность этих методов, их научность, а иногда и безопасность для ребенка значительно различаются.

Большинство исследователей, занимающихся проблемами аутизма, разделяют все методики коррекции на основные и альтернативные.

Термин «альтернативные» означает, что при коррекции РАС эти методы являются вспомогательными. Они должны правильно сочетаться с основной методикой, по возможности, дополнять и обогащать ее. Кроме того, альтернативные методы не всегда имеют научное обоснование, их эффективность сугубо индивидуальна, не для всех детей они безопасны [22].

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

Наряду с этим среди детей с расстройствами поведения выделяют особую группу детей с незначительными функциональными нарушениями со стороны ЦНС, проявляющимися в виде психомоторной расторможенности и дефицита внимания. Указанные нарушения сказываются на успешности обучения и социальной адаптации детей. Как показывает практика, такие дети испытывают трудности в процессе обучения, хотя они носят вторичный характер по отношению к первичному нарушению поведения.

Термин «гиперактивный ребенок» в настоящее время у многих на слуху. Исследователи считают, что доля таких детей среди дошкольников достигает 20%. Симптомы детской гиперактивности впервые описал немецкий психоневролог Г. Хоффман около 150 лет назад. Данные отклонения изучались многими исследователями, при этом научного определения таких состояний долгое время не было. На сегодняшний день наиболее используемым является термин «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ).

В вышеупомянутом МКБ-10 выделяются две подгруппы:

- 1) синдром дефицита внимания с гиперактивностью;
- 2) синдром дефицита внимания без гиперактивности.

Для СДВГ характерны три обязательных симптома: дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность [16].

Дефицит внимания проявляется в том, что внимание ребенка сохраняется всего в течение нескольких минут, при этом дети не доводят до конца действия, не слушают объяснений, теряют учебники, ручки, отвлекаются на побочные раздражители. Нарушения внимания выражаются в трудностях концентрации, в повышенной переключаемости, в снижении избирательности. В то же время при повышенной мотивации дети могут удерживать внимание достаточно долго.

Гиперактивность (двигательная расторможенность) обнаруживается в виде высокой двигательной активности уже в 1–2-й годы жизни. У детей отмечается резко выраженный двигательный импульс к осуществлению бесцельных непрерывных движений, прыганью. Ребенок раньше начинает ходить, забирается в любые места, хватает и ломает все, что попадает на глаза, за ним необходим постоянный присмотр. Характерна бесцельность моторной активности.

Импульсивность – это слабость процессов торможения, т.е. невозможность оторозить свои импульсы. Ребенок действует по принципу «здесь и сейчас», ведет себя как более младший по возрасту, предварительно не обдумывая действия, его поступки опережают намерения. Дети с симптомом импульсивности не соблюдают правил поведения, что часто приводит к

травматизму. Они вмешиваются в разговор, в классе ходят во время урока, нарушают правила в играх. В социальном плане возможны ложь, кражи, отсутствие самоконтроля. В более старшем возрасте импульсивность проявляется в трудностях планирования, логического обоснования своих действий.

Базовым симптомом СДВГ является дефицит внимания, поскольку нарушение последнего встречается у всех детей с данным нарушением, а повышенная активность – только у 80–85 %. В современной невропатологии СДВГ относят к неврозоподобным состояниям. Кроме того, для таких детей характерны сверхчувствительность к раздражителям, сниженное чувство страха.

В качестве причин СДВГ выделяют:

- медико-биологические факторы (пре- и перинатальные патологии);
- наследственную предрасположенность;
- психосоциальный фактор (окружение ребенка в школе и дома, материально-бытовые условия) [16].

Серьезное изучение СДВГ с применением современных научных методов началось недавно, поэтому механизмы его еще недостаточно исследованы. Предположения сформулированы в таких концепциях, как:

- биохимическая (нарушение обмена катехоламинов – норадреналина, адреналина и дофамина, участвующих в регуляции сна и бодрствования, в пищевом и половом поведении, в памяти, в интеллектуальных процессах, в эмоциях);

- генетическая (нарушение гена дофаминового рецептора);

- нейрофизиологическая (нарушения в префронтальной коре и базальных ганглиях);

- нейропсихологическая (нарушение моторного контроля, саморегуляции, внутренней речи, внимания и оперативной памяти в результате функциональной недостаточности субкортикальных структур мозга).

Так, нейропсихологическое исследование 50 детей с СДВГ, проведенное Т.Г. Горячевой и А.С. Султановой, показало, что первичным дефектом для большинства из них является функциональная недостаточность субкортикальных (стволовых и подкорковых) структур мозга, что подтверждается данными ЭЭГ. Результаты исследования позволили разделить детей на три группы.

Первую группу составили дети (70 %) с первичными дисфункциями стволых и подкорковых структур мозга, у которых вторично страдает функциональное развитие коры мозга, прежде всего префронтальных областей.

Ко второй группе были отнесены дети (20 %) с первичными дисфункциями стволых и подкорковых структур мозга, у которых вторично страдает функциональное развитие коры мозга с преимущественной заинтересованностью базальных лобных отделов. В третью группу вошли дети (10 %) с первичной функциональной недостаточностью префронтальных отделов мозга.

При рассмотрении возрастной динамики СДВГ наблюдается следующая картина: в период новорожденности отмечается повышенная нервно-

рефлекторная возбудимость. В 3 года возникают основные симптомы – дефицит внимания, двигательная расторможенность, импульсивность. Максимальные проявления СДВГ совпадают с основными этапами развития мозга (6–7 и 9–10 лет).

Наибольший процент гиперактивных детей наблюдается среди 5–10-летних. Ухудшение отмечается в начале школьного обучения, в связи с неспособностью ЦНС справляться с увеличением психических и физических нагрузок; при переходе в среднее звено; в пубертатном периоде.

По мере созревания ЦНС происходит компенсация функциональных нарушений, и к пубертатному периоду (к 12–14 годам) гиперактивность и импульсивность значительно снижаются. После 15 лет гиперактивность, как правило, исчезает.

Современное понимание поведения выходит далеко за рамки совокупности реакций на внешний стимул. Так, в психологическом словаре поведение определяется как «присущее живым существам взаимодействие с окружающей средой, опосредованное их внешней и внутренней активностью» [13, с. 276]. Под внешней активностью человека понимаются любые внешние проявления: движения, действия, поступки, высказывания, вегетативные реакции. Внутренними составляющими поведения считаются: мотивация и целеполагание, когнитивная переработка, эмоциональные реакции, процессы саморегуляции [19].

Одним из наиболее существенных свойств человеческого поведения является то, что оно социально по своей сути – оно формируется и реализуется в обществе. Другой важной особенностью поведения человека является его тесная связь с речевой регуляцией и целеполаганием. В целом поведение личности отражает процесс ее социализации – интеграции в социум. Социализация, в свою очередь, предполагает адаптацию к социальной среде с учетом индивидуальных особенностей. По соотношению процессов адаптации – индивидуализации, а также по позиции личности в социуме можно выделить следующие варианты социальной адаптации:

- радикальная адаптация – самореализация через изменение личностью существующего социального мира;
- гиперадаптация – самореализация через влияние личности на социальную жизнь посредством ее сверхдостижений;
- гармоничная адаптация – самореализация личности в социуме посредством ориентации на социальные требования;
- конформистская адаптация – приспособление за счет подавления индивидуальности, блокировка самореализации;
- девиантная адаптация – самореализация посредством выхода за существующие социальные требования (нормы);
- социально-психологическая дезадаптация – состояние блокировки процессов самореализации и адаптации.

При любом варианте социализации поведение конкретного человека можно описать, используя общие характеристики поведения:

- мотивированность – внутренняя готовность действовать, направляемая потребностями и целями личности;
- адаптивность – соответствие ведущим требованиям социальной среды;
- аутентичность – соответствие поведения индивидуальности, его естественность для данной личности;
- продуктивность – реализация сознательных целей; адекватность – согласованность с конкретной ситуацией. Более частными, но не менее важными являются такие признаки поведения личности, как:
 - уровень активности (энергичность и инициативность);
 - эмоциональная выразительность (сила и характер проявляемых аффектов);
 - динамичность (темп);
 - стабильность (постоянство проявлений в различное время и в разных ситуациях);
 - осознанность (понимание своего поведения, способность объяснить его словами);
 - произвольность (самоконтроль);
 - гибкость (изменение поведения в ответ на изменения среды).

Все рассмотренные характеристики родового понятия «поведение» в полной мере распространяются и на такую его разновидность, как «отклоняющееся поведение личности».

В большинстве наук принято деление явлений на «нормальные» и «аномальные». По справедливому замечанию Ж. Годфруа, вопрос «Какое поведение можно считать нормальным?» является центральным для объяснения человеческого поведения, в том числе отклоняющегося. В строгом смысле определение понятий «нормальное» / «аномальное» поведение затруднено, а границы между ними весьма размыты. Тем не менее, в науке и в обыденной жизни данные понятия используются повсеместно. При этом под нормальным поведением, как правило, понимают нормативно-одобряемое поведение, не связанное с болезненным расстройством, к тому же характерное для большинства людей. Аналогично этому, аномальное поведение можно разделить на: нормативно-неодобряемое, патологическое, нестандартное [19].

В классификации болезней девиантное поведение не выделено в качестве отдельной нозологической единицы, следовательно, оно не является ни формой патологии, ни строго определенным медицинским понятием. В то же время девиантное поведение широко рассматривается в ряду явлений, лежащих между нормой и патологией, таких, как акцентуации характера, ситуативные реакции, нарушения развития, предболезнь.

Любое расстройство из области психической патологии (психопатии, неврозы, психозы и т.д.) неоднозначно связано с отклоняющимся поведением. В некоторых случаях психические заболевания могут сопровождаться поведенческими нарушениями, вызывая патогенную дезадаптацию. В других случаях психических расстройств поведенческие девиации отсутствуют.

С точки зрения социально-нормативного критерия ведущим показателем нормальности поведения является уровень социальной адаптации личности. При этом нормальная, успешная адаптация характеризуется оптимальным

равновесием между ценностями, особенностями индивида и правилами, требованиями окружающей его социальной среды. Следовательно, одинаково проблемными являются как выраженное игнорирование социальных требований, так и нивелирование индивидуальности, например, в форме конформизма – полного подчинения интересов личности давлению среды.

Соответственно, дезадаптация – это состояние сниженной способности (нежелания, неумения) принимать и выполнять требования среды как лично значимые, а также реализовывать свою индивидуальность в конкретных социальных условиях. Можно выделить социальные и индивидуальные проявления дезадаптации. Социальными проявлениями дезадаптации являются:

- сниженная обучаемость, неспособность зарабатывать своим трудом;
- хроническая или выраженная неуспешность в жизненно важных сферах (семье, работе, межличностных отношениях, сексе, здоровье);
- конфликты с законом;
- изоляция.

В качестве индивидуальных проявлений дезадаптации могут рассматриваться:

- негативная внутренняя установка по отношению к социальным требованиям (несогласие с ними, непонимание, протест, оппозиция);
- завышенные претензии к окружающим при стремлении самому избегать ответственности, эгоцентризм;
- хронический эмоциональный дискомфорт;
- неэффективность саморегуляции;
- конфликтность и слабая развитость коммуникативных умений;
- когнитивные искажения реальности.

Человек может переживать различные чувства – от легкой тревоги и неуверенности в себе до невыносимых аффектов беспомощности, страха, отчаяния. При этом возможны расхождения между реальным социальным статусом личности и его индивидуальным осознанием. Последний, индивидуально-психологический, критерий отражает все возрастающую ценность каждой личности, ее индивидуальности.

Известно, что в специальной литературе термин «отклоняющееся поведение» нередко заменяется синонимом – девиантное поведение (от лат. *deviatio* – отклонение). Далее мы будем использовать оба термина – «отклоняющееся», «девиантное» – в качестве взаимозаменяемых, отдавая предпочтение первому как более ясному и привычному. Очевидная сложность определения изучаемого понятия обусловлена прежде всего его междисциплинарным характером [19].

Определение понятия предполагает выделение существенных признаков явления. Целесообразно выделить те специфические особенности отклоняющегося поведения личности, которые помогут нам отличить его от других феноменов, а также при необходимости констатировать его наличие и динамику у конкретного человека.

1. Отклоняющееся поведение личности – это поведение, которое не соответствует общепринятым или официально установленным социальным

нормам. Иначе говоря, это действия, не соответствующие существующим законам, правилам, традициям и социальным установкам. Определяя девиантное поведение как поведение, отклоняющееся от норм, следует помнить, что социальные нормы изменяются. Это, в свою очередь, придает отклоняющемуся поведению исторически преходящий характер. В качестве примера можно привести различное, в зависимости от эпохи и страны, отношение к курению. Следовательно, девиантное поведение – это нарушение не любых, а лишь наиболее важных для данного общества в данное время социальных норм.

2. Девиантное поведение и личность, его проявляющая, вызывают негативную оценку со стороны других людей. Негативная оценка может иметь форму общественного осуждения или социальных санкций, в том числе уголовного наказания. Прежде всего санкции выполняют функцию предотвращения нежелательного поведения. Но, с другой стороны, они могут приводить к такому негативному явлению, как стигматизация личности – навешивание на нее ярлыка. Например, хорошо известны трудности реадaptации человека, отбывшего срок наказания и вернувшегося в «нормальную» жизнь. Попытки человека начать новую жизнь зачастую разбиваются о недоверие и отвержение окружающих людей. Постепенно ярлык девианта (наркоман, преступник, самоубийца и т.п.) формирует девиантную идентичность (самоощущение). Таким образом, дурная репутация усиливает опасную изоляцию, препятствует позитивным переменам и вызывает рецидивы девиантного поведения.

3. Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно наносит реальный ущерб самой личности или окружающим людям. Это может быть дестабилизация существующего порядка, причинение морального и материального ущерба, физическое насилие и причинение боли, ухудшение здоровья. В крайних своих проявлениях девиантное поведение представляет непосредственную угрозу для жизни, например суицидальное поведение, насильственные преступления, употребление «тяжелых» наркотиков. Психологическим маркером ущерба является страдание, переживаемое самим человеком или окружающими людьми. Данный признак означает, что отклоняющееся поведение является разрушительным: в зависимости от формы – деструктивным или аутодеструктивным.

4. Рассматриваемое поведение преимущественно можно охарактеризовать как стойко повторяющееся (многократное или длительное). Так, если ребенок семи лет один раз взял без спросу небольшую сумму денег у родителей на сладости, без последующих эксцессов, определение данного поведения как отклоняющегося будет недостаточно корректным. Напротив, систематическое осознанное воровство денег подростком будет являться одной из форм отклоняющегося поведения. Другой распространенный пример: эпизодическое употребление спиртного в ряде случаев признается вполне допустимым или даже полезным.

Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации. Данное поведение совсем не обязательно приводит к болезни или смерти, но

закономерно вызывает или усиливает состояние социальной дезадаптации. Состояние дезадаптации, в свою очередь, может быть самостоятельной причиной отклоняющегося поведения личности.

Исходя из всего сказанного выше, можно дать следующее определение отклоняющегося (девиантного) поведения – это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией.

На индивидуальном же уровне девиантное поведение выглядит более проблематичным, так как оказывается связанным с такими негативными феноменами, как реальный ущерб для жизни самой личности или окружающих людей, конфликт девиантной личности с социальным окружением, ее социальная дезадаптация. Следовательно, на личностном уровне отклоняющееся поведение – это социальная позиция личности, выступающая в форме девиантного стиля и образа жизни. Как известно, большинство людей при желании вполне могут изменить свою позицию по отношению к обществу [19].

Специфические расстройства учебных навыков

Наряду с поведенческими трудностями исследователи и специалисты отмечают также ряд специфических расстройств учебных навыков у детей, к которым можно отнести дислексию, дисграфию, дискалькулию и другие.

Систематическое изучение расстройств научения началось в середине XX века. Обычно неспособность к обучению применительно к детям рассматривается в рамках синдромов дислексии, дисграфии, дискалькулии, т. е. речь идет о неспособности овладеть чтением, письмом и счетом. У взрослых соответствующие нарушения носят названия алексии, аграфии, акалькулии, но они, в отличие от таковых у детей, связаны с распадом сформированных функций при поражении мозга.

Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера, в неспособности быстро и правильно распознавать слова, осуществлять декодирование и, в части случаев, осваивать навыки правописания.

Данный термин применяется по отношению к детям, которые не в состоянии приобрести нормальные навыки чтения. В отечественной литературе количество школьников, страдающих дислексией, оцениваются в пределах от 3 до 4,8 %, а в зарубежных источниках – в пределах от 1 до 10 %.

Причинами дислексии могут быть и биологические, и средовые факторы.

К биологическим факторам относятся:

– нарушения процесса роста и созревания определенных зон мозга (процесс этот может быть либо задержанным, либо неправильным);

– генетические факторы (нарушения чтения почти всегда встречаются у нескольких членов семьи);

– особенности темперамента (у детей с дислексией более низкая способность к концентрации внимания, они более беспокойны, отвлекаемы,

импульсивны, а поскольку темперамент проявляется рано, он выступает как дополнительная причина трудностей учения).

Средовые факторы:

- отсутствие культуры чтения в семье;
- завышенный уровень требований к ребенку в отношении грамотности;
- методы и темпы обучения, психологический климат в школе, квалификация учителя и т. д.

В современной логопедии и психологии нет единой общепринятой классификации дислексий.

Так, выделяется первичная, или специфическая, дислексия, которая имеет генетическую природу и связана с тонкими дефектами кортикальных функций. Она описывается как нетипичное развитие навыков чтения по сравнению с таковыми у детей того же возраста, того же интеллекта, находящихся в сходных образовательных и социокультурных условиях. Первичная дислексия без специальной коррекционной помощи, как правило, остается устойчивой.

Еще один вид дислексии – органическая дислексия, она является результатом церебрального повреждения в пренатальный, натальный и постнатальный периоды в результате патологий беременности, родовых травм, асфиксий, тяжелых соматических заболеваний и инфекций у детей. В большинстве случаев такой дислексии предшествуют дизартрия, алалия, либо она возникает на фоне ЗПР, задержки моторного развития.

По классификации М. Раттера (1995) следует различать общую отсталость в чтении по неврологическим основаниям и специфическую задержку чтения (дислексию).

Общая отсталость в чтении часто связана с явными неврологическими расстройствами и сопровождается такими отклонениями развития, как нарушение координации движений, восприятия, речи. Это нарушение одинаково часто встречается и у мальчиков, и у девочек.

Специфическая задержка чтения (дислексия) сочетается с узким кругом сопутствующих расстройств – в основном с нарушением речи, произношения, правописания. При этом знания по другим предметам у ребенка могут вполне соответствовать школьным требованиям. У мальчиков данное нарушение встречается в 3–4 раза чаще, чем у девочек.

Р. И. Лалаева [23] выделяет различные виды дислексий в зависимости от того, какие операции процесса чтения нарушены.

1. Оптическая дислексия, для которой характерны трудности узнавания букв, смешение графически сходных букв по различным оптическим признакам (Р – Б).

2. Фонематическая дислексия, связанная с недоразвитием фонематического восприятия и фонематического анализа, при которой наблюдается:

- побуквенное чтение (с-о-с-н-а);
- искажение звукослоговой структуры слов: перестановки звуков, слогов (канава – кавана); пропуски гласных и согласных букв

(паровоз – парвоз, скамейка – камейка); неточное соответствие буквы и звука в виде смешения фонетически близких звуков (тевочка, лобата, одувантик).

3. Аграмматическая дислексия, связанная с недоразвитием грамматического строя речи, морфологических и синтаксических обобщений, что проявляется в изменении падежных окончаний существительных, неправильном согласовании в роде, числе, падеже существительных и прилагательных и т. д. (красивый дерево; другая рукой).

4. Семантическая дислексия, при которой при технически правильном чтении нарушено понимание смысла, прочитанного на уровне слов, предложений, текстов.

5. Мнестическая дислексия, связанная с нарушениями слухоречевой памяти, при этом у ребенка затруднено образование связи между звуком и зрительным образом буквы.

Наряду с неспособностью овладеть чтением у детей с дислексией могут возникать трудности с письмом и выполнением математических заданий, так как эти навыки в определенной степени зависят от восприятия и понимания текста и устной речи.

Дети с дислексией нуждаются в интенсивной коррекционной работе, специфичной для каждого ребенка. Хорошая коррекционная программа позволяет ребенку преодолеть трудности. Известно, что дислексией в детстве страдали Томас Эдисон, Нельсон Рокфеллер, Ханс Кристиан Андерсен.

Частичное специфическое нарушение процесса письма называется дисграфией. Нарушение письма включает такие трудности, как неспособность копировать форму, делать расчетливые движения, соблюдать пропорции, правильно держать ручку. То есть при дисграфии основными являются нарушения тонкой моторики рук. Письменная речь представляет собой сложнейшую функциональную систему, которая включает речь, слуховые, зрительные, моторные функции. Нарушения письменной речи связаны с расстройством любого из этих компонентов.

В публикациях зарубежных исследователей авторы рассматривают нарушения письма в контексте письменной речи. Ошибки письма оцениваются с точки зрения дефицитарности различных компонентов речевой системы.

Т.В. Ахутина и О.Б. Иншакова [24] отмечают, что все ошибки, допускаемые в письменных работах, делятся на дисграфические, дисорфографические, аграмматические и метаязыковые. Для констатации дисграфии подробно анализируются только дисграфические ошибки, те, которые связаны с нарушением реализации фонетического принципа письма в сильной позиции в слове. Фонетический принцип предполагает написание слова в полном соответствии с его произношением. Замена какой-либо буквы в слове невозможна, так как при этом произойдет изменение слова. Реализация данного принципа обеспечивается сформированностью всех компонентов функциональной системы письма. Ошибки, связанные с нарушением фонетического принципа письма, делятся на несколько групп, в зависимости от причины их возникновения.

1. Замены и смешения букв, обусловленные акустико-артикуляционным сходством звуков: звонких и глухих согласных.

2. Оптические ошибки, основанные на оптическом сходстве букв (уом вместо дом).

3. Зрительно-пространственные ошибки: зеркальность букв.

4. Моторные ошибки: ошибки двигательного запуска.

5. Зрительно-моторные ошибки.

Другие виды ошибок, допускаемые учащимися в письменных работах, к дисграфическим не относятся. [16].

Трудности овладения письмом – явление нередкое в начальной школе. Они обнаруживаются в первом классе и в значительном числе случаев сохраняются и позднее, проявляясь при повышении требований к письменной речи.

Эффективное преодоление трудностей письма требует понимания их механизмов – коррекционная работа должна быть построена с учетом качественного своеобразия трудностей данного ребенка.

Нейропсихологический анализ письма, который был проведен как А. Р. Лурия (1950, 1969), так и современными отечественными и зарубежными исследователями, показывает, что в функциональную систему письма входят следующие компоненты:

- процессы переработки слухоречевой информации (звуковой анализ услышанного, слухоречевая память);

- дифференциация звуков на основе кинестетической информации;

- актуализация зрительных образов букв;

- ориентация элементов буквы; буквы, строки в пространстве;

- моторное (кинестетическое) программирование графических движений;

- планирование, реализация и контроль акта письма;

- поддержание рабочего состояния. Каждый из перечисленных компонентов может вызывать трудности письма, выступая относительно изолированно или в сочетании с другими.

Пространственные трудности на письме издавна выделялись учителями. Современные исследования нейропсихологов позволяют уточнить механизм пространственных трудностей.

Ориентировка в пространстве, правильная организация действия в пространстве – сложная деятельность, в которой участвуют как правое, так и левое полушария. Самые простые, рано формирующиеся функции связаны преимущественно с работой правого полушария. От него зависят зрительно-моторные координации, возможность соотносить движение с вертикальной и горизонтальной координатами, возможность объединить в одно целое и запомнить общее взаиморасположение частей, то есть схватить целостный образ.

Левое полушарие решает более сложные задачи [18].

Риск школьных трудностей намного вырастает при несформированности таких интегративных функций как зрительно-моторные и слухо-моторные координации. На реализацию интегративных функций влияет прежде всего сформированность структур операционального блока мозга и функциональная зрелость коры. У большинства детей, имеющих факторы риска в развитии

интегративных функций, это скорее всего связано с незрелостью длительно формирующихся в онтогенезе ассоциативных нейронных связей, что и сказывается на реализации анализаторных и интегративных функций.

Необходимо отметить, что на уровень развития зрительно-моторных координаций оказывают негативное влияние локальные дисфункции как левого, так и правого полушария, что позволяет связать дисфункции правого полушария с нарушением зрительного восприятия, и левого – с вербальной оценкой движений. Таким образом, психофизиологические механизмы, которые обеспечивают основные познавательные функции, у детей младшего школьного возраста нельзя считать сформированными. Это подтверждает необходимость учета этих особенностей при разработке и выборе методик и технологий [25].

Ниже по тексту в таблицах (См. Таблицы 1, 2, 3) приведены основные виды и причины трудностей письма, чтения и математики на начальных этапах обучения, которые наглядно показывают, что феноменологически школьные трудности могут проявляться одинаково, но при этом могут иметь разные причины и механизмы [25].

Таблица 1 – Виды трудностей при обучении письму и их возможные причины

№	Виды трудностей	Возможные причины	Тип трудностей
1	Трудности формирования зрительного образа буквы (трудность запоминания конфигурации графического элемента)	- недостаточная сформированность зрительной памяти; - недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия; - недостатки методики обучения (опора на принцип механического копирования); - форсирование темпа обучения	специфические специфические неспецифические неспецифические
2	Трудность формирования правильной траектории движений при выполнении	- недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия; - недостаточная сформированность зрительно-моторных координаций; - форсирование темпа обучения; - недостаточная сформированность зрительной памяти; - недостатки методики обучения	специфические специфические неспецифические специфические неспецифические
3	Неспособность скопировать графический элемент, букву (неровные штрихи, тремор)	- недостаточная сформированность зрительно-моторных координаций; - недостаточная сформированность моторных функций; - недостатки методики обучения	специфические специфические

			неспецифические
4	Ошибки в пространственном расположении элементов букв (вертикальных, горизонтальных, зеркальное письмо)	- недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия;	специфические
5	Не «видит» строку, нарушает соотношение элементов буквы, путает буквы «в-д», пишет «лишние элементы»: «и-ш», «л-м» или, наоборот, недописывает	- недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия; - недостаточная сформированность зрительной памяти; - недостатки методики обучения; - форсирование темпа обучения; - выраженное функциональное напряжение и утомление	специфические специфические неспецифические неспецифические неспецифические
6	Неустойчивый почерк (неровные штрихи, различная высота и протяженность графических элементов)	- недостаточная сформированность моторных функций; - нарушение зрительно-моторных координаций; - недостатки методики обучения; - форсирование темпа обучения; - выраженное функциональное напряжение и утомление	специфические специфические неспецифические неспецифические неспецифические
7	Сильный нажим, тремор	- недостаточная сформированность моторных функций; - нарушение координации движений (неправильная поза, неправильное положение ручки) - нарушение координации движений в связи с сильным утомлением и функциональным напряжением	специфические неспецифические неспецифические
8	Ошибки при письме: - пропуски согласных и гласных букв (определенного характера); - замены согласных букв, близких по звучанию (з-с, г-к, б-п, д-т и т.д.); - недописывание букв, слогов	- трудности звукобуквенного анализа; - форсирование темпа обучения; - недостаточная сформированность фонетико-фонематического восприятия; - трудности концентрации внимания	специфические неспецифические специфические неспецифические
9	Не использует правила (заменяет буквы, сливает предлоги и слова, не ставит точку – не разделяет предложения и т.п.)	- непосильный темп, трудности концентрации внимания, низкая неустойчивая работоспособность; - индивидуальные особенности организации деятельности; - педагогические недоработки	неспецифические неспецифические

			неспецифические
10	Ухудшение почерка, пропуски, замены и т.п. при письме под диктовку	-недостаточная сформированность звукобуквенного анализа; -слишком быстрый темп письма	специфические неспецифические
11	Ухудшение почерка, замены и т.п. при списывании	- недостаточная сформированность зрительно-моторной координации; - недостаточная сформированность зрительной памяти	специфические специфические
12	Очень медленный темп письма	-затруднен звукобуквенный анализ; -недостаточная сформированность координации движений и зрительно-моторных координаций; - индивидуальный темп деятельности	специфические специфические неспецифические

Таблица 2 – Виды трудностей при обучении чтению и их возможные причины

№	Виды трудностей	Возможные причины	Тип трудностей
1	Плохо запоминает конфигурацию	-недостаточная сформированность зрительной памяти; - недостатки методики обучения	специфические неспецифические
2	Недостаточное различение близких по конфигурации букв «п-н», «в-а», «г-т» (путает буквы при чтении)	- недостаточная сформированность зрительного восприятия; -недостаточная сформированность зрительной памяти; - недостатки методики обучения	специфические специфические неспецифические
3	Перестановка букв при чтении (рак-кар, нос-сон)	- недостаточная сформированность зрительного восприятия;	специфические
4	Замены букв, неправильное произношение при чтении	-недостаточная сформированность звукобуквенного анализа, нарушение произношения, трудности артикуляции	специфические
5	Трудность слияния букв при чтении (каждая буква читается отдельно, а вместе -трудно)	- недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия; - недостаточная зрелость коры головного мозга	специфические специфические
6	Пропуски слов, букв («невнимательное» чтение)	-функциональная слабость центральной нервной системы;	неспецифические

		-трудность концентрации внимания; -выраженное утомление	неспецифические неспецифические
7	Пропуски букв, слогов. Угадывание, возвратные движения глаз («спотыкающийся ритм»)	- форсирование скорости чтения (недостатки методики обучения)	неспецифические
8	Быстрый темп чтения, но плохое восприятие прочитанного («механическое» чтение)	- форсирование скорости чтения (недостатки методики обучения)	неспецифические
9	Очень медленный темп чтения (побуквенное или слоговое без продвижения в течение года)	-недостаточная сформированность зрительного восприятия; -недостаточная сформированность звукобуквенного анализа, артикуляции; - трудности концентрации внимания (функциональное напряжение, утомление)	специфические специфические неспецифические
10	Медленный темп чтения (есть продвижение в течение года)	-индивидуальные особенности темпа деятельности	неспецифические

Дискалькулия

Функциональное развитие ребенка, его особенности, нарушения в развитии отдельных систем выделяются в качестве ведущих причин возникновения и развития школьных трудностей даже при высоком уровне интеллектуального развития. Особое значение эти факторы имеют на начальном этапе обучения, т.к. именно в этот период формируются базовые учебные навыки (письма, чтения, счета), без которых невозможно (или очень затруднено) дальнейшее обучение.

Сложное строение математических действий проявляется в наличии самых разнообразных форм их нарушения. Дискалькулией принято называть нарушения счета и счетных операций, обнаруживаемые на начальной стадии обучения счету.

Согласно классификации МКБ-10 в разделе «Расстройства психологического (психического) развития», дискалькулия рассматривается как «специфическое расстройство арифметических навыков» (F81.2). Это расстройство включает специфическое нарушение навыков счета, которое нельзя объяснить исключительно общим психическим недоразвитием или грубо неадекватным обучением.

Нарушение касается основных вычислительных навыков сложения, вычитания, умножения и деления, который в свою очередь негативно сказывается на формировании более абстрактных математических навыков, включаемых в алгебру, тригонометрию и геометрию. При дискалькулии продуктивность в математике у ребенка значительно ниже уровня, ожидаемого в соответствии с его возрастом, общей интеллектуальностью и успеваемостью по другим предметам. Диагностические критерии дискалькулии в соответствии с классификацией МКБ-10 включают:

- 1) специфическое расстройство счета, связанное с развитием;
- 2) дискалькулию, обусловленную нарушением высших психических функций;
- 3) синдром развития Герстмана;
- 4) акалькулию развития.

Основные ошибки при выполнении математических заданий допускаются из-за неумения осуществлять самоконтроль, пояснять свои действия, включать математические термины в речевое высказывание [26].

Основными симптомами дискалькулии являются:

- неправильное называние чисел, неточное представление о графической структуре цифр;
- недостаточное знание состава и разрядности числа, трудности усвоения правила образования числа;
- несформированность количественных и порядковых отношений чисел, трудности установления отношения числа к его соседям;
- неспособность выделять множества;
- недостаточное овладение математическими понятиями и математическим словарем, неточное представление о математической символике;
- трудности выполнения стандартных арифметических действий, несформированность понятия обратимости арифметических действий;
- невозможность выполнения арифметических действий в умственном плане, без опоры на материализацию;
- неспособность удовлетворительно выучить таблицу умножения;
- нарушения восприятия и анализа условия математической задачи;
- трудности удержания промежуточных результатов действий;
- затруднения в выборе вычислительной стратегии и последовательности действий, особенно если имеет место отступление от усвоенного способа действий;
- затруднения в понимании самого текста задачи, преимущественно конкретный характер мыслительных операций при ее решении. Затруднения у детей с дискалькулией часто носят комплексный характер и проявляются практически во всех аспектах математических знаний, умений и навыков младших школьников.

Выделяют несколько видов дискалькулии:

1) Практикогностическая дискалькулия, когда имеется расстройство системы счисления конкретных и наглядных предметов и их символов. Дети испытывают недостаточность абстрактного понимания чисел и понятий, оставаясь на стадии дооперациональных представлений (период конкретных действий). В таком случае не формируются элементарные предпосылки для овладения счетом. У многих из этих детей имеется определенная диспраксия;

2) Вербальная дискалькулия проявляется в нарушении словесного обозначения математических понятий и/или невозможности определить количество по предъявленному на слух числу. Данное нарушение не является истинной дискалькулией. Некоторые дети с вербальной дискалькулией могут называть написанные числа или писать их под диктовку, выполнять задания на

счет. Основные трудности в данном случае проявятся при решении задач на вербальную логику;

3) Графическая дискалькулия определяется при нарушении записи математических знаков и правильного воспроизведения геометрических фигур;

4) Дислексическая дискалькулия (числовая диссимболия), в ее основе лежит нарушение чтения математических знаков. При дислексической и дисграфической форме дискалькулии расстройство счета здесь носит вторичный характер;

5) Операциональная дискалькулия (или анарифмия) связана с неумением выполнять математические операции вследствие несформированности различных нейропсихологических составляющих.

При этом можно выделить две группы детей с нарушениями счета:

1) дети с одновременно плохо развитой способностью в счете, чтении и правописании. Проблемы в обучении заключаются в нарушении слухового внимания, т.е. у детей плохо развита слуховая различительная способность при кратковременном запоминании;

2) дети с плохо развитой способностью к счету вследствие нарушений в области зрительно-пространственного и телесного восприятия (нарушение схемы тела). Эти дети испытывают трудности в усвоении чисел, в понимании пространственного соотношения чисел и соответствующего алгоритма решения. Результаты исследования и клинический опыт показали, что выделение тех или иных видов дискалькулии относительно, они редко встречаются в изолированной форме. В большинстве случаев симптоматика и механизмы носят сложный характер и обусловлены не одним, а несколькими патогенетическими факторами [26].

При нарушении счета имеется довольно высокий риск развития ранних психических расстройств, таких, например, как страхи, отставание в социальном развитии или депрессии, в то время как у детей с трудностями в чтении и правописании сохраняется довольно большой риск развития нарушений в социальном поведении.

Различия в проявлении психопатологических симптомов у детей этих двух групп объясняются специфическими нейропсихологическими, функциональными нарушениями, которые формируются под воздействием психосоциальных и семейных факторов. Дискалькулию, как и другие проявления школьных трудностей, связывают с аффективными нарушениями, плохой адаптацией к школьным нагрузкам, трудностями личных контактов, появлением страха перед школой.

У детей с нарушениями счета могут отмечаться протестные невротические реакции в отношении обучения в целом или только по отношению к математике, что может сопровождаться сильным негативным аффектом. Дискалькулии может сопутствовать синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

Установлено, что овладение элементарными счетными операциями обеспечивается достаточно высоким уровнем развития познавательной и речевой сферы личности. К числу психических функций, лежащих в основе формирования навыка счета относят: пространственные представления,

зрительно-моторную координацию, слухоречевую и зрительную память, оптико-пространственный гнозис, пальцевой гнозопраксис и развитие ручной моторики, временные и количественные представления, восприятие и воспроизведение ритма, логические операции и речь [26].

Отдельные математические способности имеют генетическую основу и могут встречаться в качестве незаурядных особенностей в узкой области у обычных, умственно отсталых и аутистических детей.

Трудности в обучении математике могут возникать также и потому, что на уроке используются понятия, которые недоступны детям. В этом случае непонимание бывает вызвано не трудностью освоения математических действий, а сложностью речи учителя, содержащей незнакомые детям термины (на уроке математики в начальной школе вводятся до 500 новых понятий).

Одной из причин возникновения затруднений в обучении и в развитии является недостаточная интеграция отдельных мыслительных процессов в единую функциональную систему.

Только при условии переработки и интеграции импульсов, получаемых различными органами чувств происходит обучение движению, речи, мышлению, письму, счету и социальному поведению. При когнитивных процессах высшего порядка (речь, мышление) необходима координация многих отделов головного мозга. Такие высшие психические процессы, как мышление, чтение, счет и письмо, развиваются на основе относительно элементарных сенсорных и моторных процессов, возникающих при взаимодействии ребенка с окружающей действительностью. Из этого следует, что нарушение элементарных компонентов приводит к недоразвитию системы высших психических функций, что может иметь следствием нарушения тактильно-кинестетического или вестибулярного восприятия, а следовательно, может привести к нарушению восприятия собственного тела, речи и к трудностям в обучении.

В таблице ниже приведены основные виды и причины трудностей при обучении математике на начальных этапах обучения, которые наглядно показывают, что феноменологически школьные трудности могут проявляться одинаково, но при этом могут иметь разные причины и механизмы [25].

Таблица 3 – Виды трудностей при обучении математике и их возможные причины

№	Виды трудностей	Возможные причины	Тип трудностей
1	Плохое выделение и различение геометрических фигур	-недостаточная сформированность зрительного восприятия; -недостаточная сформированность зрительной памяти; - недостатки методики обучения	специфические специфические неспецифические
2	Трудности правильного копирования простейшей геометрической фигуры с сохранением размерности	- недостаточная сформированность зрительно-моторных координаций; -недостаточная сформированность зрительного восприятия;	специфические

	пропорций	- форсирование темпа обучения	специфические неспецифические
3	Зеркальное письмо цифр «3-Е», «6-д», плохое различение цифр, близких по конфигурации: 6-9, 9-2; переставляет цифры: 36-б3	-недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия; -недостаточная сформированность зрительной памяти;	специфические специфические
4	Замены цифр при восприятии на слух: семь-восемь, три-четыре	-недостаточная сформированность слухового восприятия;	специфические
5	Трудность формирования правильной траектории движений при написании цифр, изменение конфигурации, соотношения элементов	-недостаточная сформированность зрительно-моторных координаций; -недостаточная сформированность зрительного восприятия; -недостаточная сформированность методики обучения; - форсирование темпа обучения	специфические специфические неспецифические неспецифические
6	Сильный тремор, неровность штрихов, сильный нажим	- недостаточная сформированность координации движений; - неправильное положение ручки	специфические неспецифические
7	Неустойчивый почерк: цифры неровные, растянутые, нарушение конфигурации, соотношений штрихов, размеров цифр	- недостаточная сформированность координации движений; - неправильное положение ручки; - сильное утомление; - функциональное напряжение	специфические неспецифические неспецифические неспецифические
8	Трудности расположения заданий по вертикали и горизонтали, перестановки	-недостаточная сформированность зрительного восприятия; -недостаточная сформированность пространственного восприятия;	специфические специфические
9	Трудности выделения в задачах числовых данных, если они записаны словами	- трудности вербально-логического мышления; - механическое мышление	специфические неспецифические
10	Фрагментарное восприятие задания (задачи)	- функциональная слабость центральной нервной системы, повышенная утомляемость; - механическое мышление	неспецифические неспецифические
11	Трудность переключения с одной операции на другую в	- функциональная слабость центральной нервной системы,	неспецифические

	процессе деятельности	повышенная утомляемость; - индивидуальные особенности деятельности	неспецифические
12	Трудности формирования математических понятий, усвоения законов, правил. Трудность переноса вербальной инструкции в конкретное действие	- недостаточная сформированность вербально-логического мышления; - недостаточная сформированность речевого развития; - недостатки методики обучения	специфические специфические неспецифические

Таким образом, в процессе обучения детей в школе выделяют два физиологически наиболее уязвимых, или критических периода: начало обучения (1 класс) и период полового созревания (11-15 лет). Эти периоды связаны с большим функциональным напряжением, значительной перестройкой в деятельности основных физиологических систем, низкой и неустойчивой работоспособностью, когда умственная работа требует немалых усилий организма.

К примеру, высокое функциональное напряжение, которое испытывает организм первоклассника, определяется тем, что интеллектуальные и эмоциональные перегрузки сопровождаются длительным статическим напряжением, связанным с сохранением определенной позы при работе в классе. При этом статическая нагрузка наиболее утомительна для детей 6-7 лет, поскольку при удержании определенной позы, например, при письме, необходимо длительное напряжение спинных мышц, недостаточно развитых в этом возрасте. Процесс безотрывного письма сопровождается длительным статическим напряжением мышц руки.

Результаты исследований показали, что самые обычные виды деятельности школьника вызывают большое напряжение ряда физиологических систем. Так, при чтении вслух обмен веществ возрастает на 48%, а ответ у доски, контрольные работы приводят к учащению пульса на 15-30 ударов, к изменению биохимических показателей крови и др.

Поэтому физиологически рациональная организация учебного процесса предполагает снижение напряжения, создание условий для сохранения работоспособности и повышения эффективности обучения. При этом необходимо соблюдать три важнейших принципа построения учебного процесса:

- рациональная организация учебного процесса;
- адекватность школьных требований психофизиологическим возможностям;
- соответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям обучающихся.

Под адекватностью требований предполагается учет индивидуальных и возрастных особенностей обучающихся, что даст возможность соотнести требования педагога и особенности развития ребенка, его текущее

функциональное состояние, адаптивные возможности и создать условия для дифференциации и индивидуализации учебного процесса [25].

Леворукость

Еще одну группу риска по специфическим трудностям обучения составляют дети-левши. Эти дети требуют тщательного наблюдения и психолого-педагогического сопровождения их психического онтогенеза, постоянного контроля за их здоровьем. По некоторым данным, среди неуспевающих школьников леворукие дети составляют больше половины из всего числа.

Под леворукостью понимается преимущество левого парного органа над правым в их совместном функционировании. Моторные (рука, нога) и сенсорные (слух, зрение) асимметрии являются отражением целостной нервно-психической деятельности, т. е. связаны с разными вариантами структурно-функциональной организации мозга и, возможно, с разными особенностями психики человека. Теории, объясняющие причину леворукости, можно объединить в три основные группы.

Согласно генетическим теориям, наиболее признанным в настоящее время, леворукость передается генетически, т. е. является врожденным признаком. В соответствии с исследованиями около 50 % детей рождаются леворукими при обоих леворуких родителях и около 17 % – при одном леворуком родителе. Многолетние исследования леворукости в разных странах доказывают, что процентное соотношение леворуких и праворуких людей в человеческом обществе практически не изменяется.

Социокультурные теории связывают формирование «рукости» с культурно-историческими условиями, т. е. признают основное влияние среды, а именно то, что к доминантному использованию правой руки привели социальное давление и тренировка.

В патологических теориях внимание акцентируется на наличии повреждающих факторов в ходе созревания нервной системы. Леворукость может быть следствием травмы на различных этапах пренатальной и постнатальной жизни (например, при дисфункции левого полушария, когда правое вынуждено брать на себя его функции) или результатом переломов, вывихов, растяжений связок правой руки.

Но ни одна из теорий не может объяснить однозначно, почему большинство людей на Земле праворукие, не дает четкого обоснования происхождению леворукости. Вероятнее всего, можно говорить о гетерогенной (разнопричинной) леворукости, а также о различных сочетаниях вышеназванных причин.

При нормальном развитии организма в процессе взаимодействия с внешним миром складывается определенный тип сочетания внутрислоушарных и межполушарных взаимодействий, что, в свою очередь, формирует и определенный тип функциональной асимметрии мозга.

Задержка функциональной латерализации мозга и формирования межполушарного взаимодействия может приводить к отклонениям в

психическом развитии ребенка. Также условия труда и быта приспособлены для праворуких, и это приводит к тому, что леворукий ребенок должен развиваться по «неудобным» для него физиологическим законам, подавлять левостороннюю активность и формировать физиологически чуждую ему правостороннюю активность. Этот конфликт между удобным и неудобным способами действия отражается на созревании мозга и формировании структуры психических процессов.

Долгое время считалось, что леворуких детей необходимо переучивать. Использование при различных видах деятельности правой или левой руки не прихоть человека, это отражение мозговой организации психической деятельности. Заставлять леворукого ребенка писать правой рукой – значит вмешиваться в уже сложившуюся сложную функциональную систему. В процессе насильственного переучивания ребенок-левша становится вспыльчивым, капризным, раздражительным, беспокойно спит, у него снижается аппетит. Позже появляются частые головные боли, постоянная вялость. В итоге развиваются невротические реакции. Согласно медицинской статистике, каждый третий ребенок с заиканием – это переученный левша.

И праворукость, и леворукость формируются в основном к четырем годам, а до этого предпочтение руки может быть неустойчивым. Пусть ребенок делает все той рукой, какой ему удобнее; можно давать ему при рисовании карандаши, а в игре – игрушки в обе руки, развивая и правую, и левую.

Если все-таки ребенка-левшу научили использовать правую руку при рисовании, письме, и у него в школе появились трудности учения, то возникает вопрос: «Надо ли его переучивать обратно?» Считается, что пока навык письма не сформировался (в дошкольном периоде или, в крайних случаях, на самом начальном этапе обучения в школе), переучивание возможно. Если же навык письма сформирован, то повторное переучивание может привести к еще более тяжелым последствиям [16].

2 Мировой опыт организации инклюзивной образовательной среды с учетом поведенческих и специфических трудностей в обучении (на основе анализа передовых методик)

В 1995 году центр образовательных исследований и инноваций ОЭСР опубликовал первый набор сопоставимых данных в области образования, предусматривающего особые потребности либо образования для детей с особыми потребностями [27]. Эта работа укрепила мнение о том, что для проведения надежных и достоверных сопоставлений потребуется разработать другое определение особых потребностей. В 1966 году со странами начались первые обсуждения со странами по разработке единого определения особых потребностей, предусматривающего различные интерпретации особых образовательных потребностей, охватывающих различные группы обучающихся, испытывающих трудности в освоении учебной программы.

В то же время стандарты ЮНЕСКО по классификации систем образования находились в процессе пересмотра, а определение образования, предусматривающего особые потребности либо образования для детей с особыми потребностями было обновлено и переформулировано с учетом изменений в политике.

На раннем этапе стало ясно, что для проведения сопоставлений, имеющих отношение к политике, определение детей с особыми образовательными потребностями также необходимо классифицировать на несколько групп.

Страны договорились о трехсторонней системе, в которой обучающиеся делятся на три группы: А, В и С. Вкратце, они охватывают [27] (См. Рисунок 1):

Группа А. Ограниченные возможности	Группа В. Трудности	Группа С. Недостатки
<ul style="list-style-type: none">• обучающиеся с ограниченными возможностями (например, дети с сенсорными, двигательными или неврологическими расстройствами). Считается, что потребность в образовании возникает в первую очередь из-за проблем, связанных с этими нарушениями	<ul style="list-style-type: none">• обучающиеся с поведенческими или эмоциональными расстройствами или со специфическими трудностями в обучении. Считается, что образовательная потребность возникает в первую очередь из-за проблем во взаимодействии между обучающимися и образовательным контекстом	<ul style="list-style-type: none">• обучающиеся с недостатками, обусловленными в первую очередь социально-экономическими, культурными и/или языковыми факторами. Образовательные потребности требуют устранения недостатков, обусловленных этими факторами

Учитывая, что большинство исследований направлено на изучение вопросов детей, имеющих проблемы со здоровьем, рассмотрим, каким образом организовывается образования для детей второй категории в разных странах [27] (См. Таблицу 4).

Таблица 4 – Опыт стран по организации образования для детей с ООП

<i>Страна</i>	<i>Категория В. Трудности</i>
<i>Бельгия</i>	Серьезные эмоциональные и/или поведенческие проблемы. Эта категория охватывает обучающихся с серьезными эмоциональными и/или поведенческими проблемами. В эту группу также входят дети с расстройствами личности. Несмотря на то, что умственные, зрительные и слуховые способности данной группы детей в норме, они затрудняются в развитии языка и навыков речи, чтения, письма и/или арифметики.
<i>Чешская Республика</i>	Трудности, связанные с развитием, поведением и обучением. Обучающиеся, имеющие трудности, связанные с развитием, поведением и обучением (включая дисграфию, дислексию и т.д.), дети, которые нуждаются в особом образовательном подходе.
<i>Финляндия</i>	Эмоциональные или социальные трудности. У обучающихся имеются серьезные эмоциональные и/или поведенческие проблемы, в связи с чем они были переведены в школу для детей с особыми потребностями, в которых для их обучения составляется индивидуальный учебный план. Трудности с речью. У обучающихся имеются проблемы с артикуляцией, беглостью речи, голосом и вербализацией, а также трудности в общении и обучении. Трудности в обучении математике. Трудности в обучении иностранным языкам. Общие трудности в обучении. Эмоциональные и социальные трудности. Дети и молодежь с поведенческими трудностями и/или эмоциональными трудностями. Другие особые трудности. Обучающихся, относящих к вышеперечисленным категориям, обучают по общеобразовательной учебной программе.
<i>Франция</i>	Трудности в обучении. Специальные классы 3-го и 4-го года обучения (второй уровень) оказывают помощь и поддержку обучающимся, имеющим трудности в школе и неспособным извлечь выгоду из общего и технического обучения. Специальные и коррекционные классы являются частью системы помощи, поддержки и адаптации. Специальные секции для общего или профессионального обучения, включенные в государственные и частные средние школы (обычно неполные средние школы), облегчают обучающимся с трудностями в обучении продолжение учебы.
<i>Германия</i>	Неспособность к обучению. Дети или молодежь, нуждающиеся в специальном образовании из-за серьезного обширного и длительного дефицита в обучении, мышлении, запоминании, использовании языка, восприятии, движении, эмоциях и взаимодействии. Отношения между собой и окружающей средой постоянно затруднены. Цели и содержание основных учебных программ не могут быть выполнены. Поведенческие трудности. Дети или молодежь с трудностями поведения и/или эмоциональными трудностями, нуждающиеся в специальном образовании для обучения в соответствии с собственными возможностями и развития социальных компетенций.
<i>Греция</i>	Трудности в обучении. Обучающиеся с трудностями в обучении описываются как обучающиеся, «испытывающие трудности в обучении, т.е.,

	<p>имеющие дислексию, дискалькулию, трудности в чтении». Под трудностями в обучении подразумеваются трудности, вызванные различными причинами и факторами: патологическими, психологическими, неблагоприятной школьной средой. Данная общая категория охватывает несколько подкатегорий трудностей в обучении, которые часто сочетаются с аутизмом и/или психическими нарушениями, трудностями поведения, общения, эмоциональными трудностями, неврологическими трудностями, одиноким поведением, отвержением из-за социально-экономических факторов, агрессивностью и т.д., что часто приводит к социальной дезадаптации и маргинализации.</p>
<i>Венгрия</i>	<p>Легкая степень умственной отсталости. Легкая когнитивная дисфункция является следствием нарушения развития способности к обучению. Обучающиеся, относящиеся к данной категории, учатся медленно. Причины, препятствующие развитию, обусловлены способностями ниже среднего уровня и/или негативным воздействием образовательной и социально-культурной среды. С целью профилактики включения обучающихся в данную категорию действуют определённые правила, такие как: индивидуальные планы развития, альтернативная оценка в начальной школе, продление начальной школы.</p> <p>Нарушения речи. В основном временные проблемы с развитием речи и/или разборчивостью речи (около 96% учащихся имеют дислалию, около 2% – задержку речевого развития и около 2% – заикание). Почти все обучающиеся обучаются в общеобразовательных школах и проходят логопедическую терапию в свободное время, за исключением тех, кто посещает одну из двух специальных школ для детей с тяжелыми нарушениями речи.</p> <p>Другие виды ограниченных возможностей. Различные формы нарушений обучения (чтение, правописание, письмо, математические способности) на основе частичных когнитивных дисфункций. Далее, обучающиеся с дефицитом внимания, эмоциональными проблемами, гиперактивностью, серьезными проблемами с поведением, аутизмом. Большинство из этих обучающихся посещают общеобразовательную школу, некоторые из них посещают коррекционные классы при общеобразовательных школах. Существует всего несколько специальных классов для этой категории. Обучающиеся следуют общеобразовательной учебной программе с некоторыми изменениями, если это необходимо.</p>
<i>Корея</i>	<p>Эмоциональные трудности</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лицо с неспособностью к обучению, которая не может быть объяснена интеллектуальными, сенсорными факторами и факторами здоровья. 2) лицо, не способное строить или поддерживать удовлетворительные межличностные отношения со сверстниками и учителями. 3) неподобающие типы поведения или чувства при нормальных обстоятельствах. 4) общее всепроникающее настроение несчастья или депрессии. 5) склонность к развитию физических симптомов или страхов, связанных с личными или школьными проблемами. 6) лицо, испытывающее трудности с реакцией на сенсорные стимулы, язык, когнитивные способности или межличностные отношения. <p>Трудности в обучении. Лицо, имеющее определённые трудности в обучении.</p>
<i>Мексика</i>	<p>Трудности в обучении. Дети обнаруживают свои трудности при поступлении в начальную школу или как только они начинают официально знакомиться со школьной программой, особенно в чтении, письме или математике. У них нет инвалидности. Как правило, их языковое развитие идет хорошо, хотя у некоторых из них есть связанные с этим проблемы с произношением речи. Эти трудности не связаны с недостатками и недавно были классифицированы как нарушение связи между ребенком и учебным контекстом. Трудности в обучении часто носят временный характер и могут быть преодолены путем преобразования учебной среды.</p>

Нидерланды	Трудности в обучении и поведении. В эту категорию входят обучающиеся с разными (учебными и поведенческими) трудностями, такими как СДВГ, дислексия или учащиеся с низким средним IQ. Это касается обучающихся, для которых поддержка в рамках основного начального образования была недостаточной. Их проблемы недостаточно серьезны для направления в специальную организацию образования.
Польша	Трудности с поведением. Относятся к обучающимся, чье поведение затрудняет их социальное функционирование. Симптомы поведенческих трудностей включают: уход в себя (замкнутость) или наоборот – психомоторное возбуждение, чрезмерную возбудимость (гиперактивность).
Словакия	Трудности в обучении. Нарушение коммуникативных способностей (дислексия и дискалькулия). В учебном процессе применяются образовательные программы (включая специальный предмет для развития навыков общения) для общеобразовательных школ и конкретные методы обучения. Поведенческие трудности. Неадаптивные формы индивидуального поведения, которые неблагоприятно проявляются в социальных отношениях и в процессе социализации индивида. К ним относится широкий спектр неадаптивных форм поведения, вызывающих проблемы в образовании и основанных на биологических и психологических характеристиках индивида с одной стороны и в. Требуется сотрудничество учителей и психолога или специального преподавателя в области образования.
Испания	Трудности в обучении. Относятся к временным трудностям в обучении (дислексия включена в эту категорию). Диверсификация учебных программ для обучающихся, сталкивающихся с трудностями на втором этапе обязательного среднего образования. Диверсификация состоит из программы, обеспечивающей индивидуальное обучение. Содержание учебной программы адаптировано, и используется специальная методология, позволяющая обучающимся успешно пройти вышеупомянутый этап.
Швейцария	Поведенческие трудности Сенсорные и языковые трудности
Турция	Специфические трудности в обучении. Состояние в одной или нескольких областях обработки информации, связанное с пониманием или использованием языка, характеризующееся недостаточной способностью слушать, говорить, читать, писать, писать по буквам, концентрироваться или выполнять арифметические операции, что негативно влияет на успеваемость в учебе и социальную адаптацию индивида. Трудности с эмоциональной адаптацией. Состояние, которое длится в течение длительного периода времени и не может быть объяснено медицинскими, психическими или эмоциональными факторами; проявляется одной или несколькими характеристиками, такими как неспособность строить и поддерживать удовлетворительные внутриличностные и межличностные отношения; общее настроение несчастья и депрессии или физические симптомы, такие как страхи, грызение ногтей, сосание пальцев из-за личных или школьных проблем, негативно влияющих на успеваемость и социальную адаптацию индивида.
США	Эмоциональное расстройство. «Эмоциональное расстройство» определяется следующим образом: Состояние, проявляющее одну или несколько из следующих характеристик в течение длительного периода времени и в заметной степени, отрицательно влияющей на успеваемость ребенка в учебе: - неспособность к обучению, которая не может быть объяснена интеллектуальными, сенсорными нарушениями или факторами здоровья; - неспособность строить или поддерживать удовлетворительные межличностные отношения со сверстниками и учителями; - неадекватные типы поведения при нормальных обстоятельствах;

- общее всепроникающее настроение несчастья или депрессии;
- тенденция к развитию физических симптомов или страхов, связанных с личными или школьными проблемами;
- термин включает в себя шизофрению. Этот термин не применяется к детям, которые социально дезадаптированы, если только не установлено, что у них имеются серьезные эмоциональные расстройства.

Специфическая трудности в обучении. «Специфические трудности в обучении» означает нарушение одного или нескольких основных психологических процессов, связанных с пониманием или использованием языка, устного или письменного, которое может проявляться в несовершенной способности слушать, думать, говорить, читать, писать, произносить по буквам или выполнять математические вычисления. Этот термин включает в себя такие состояния, как нарушения восприятия, черепно-мозговые травмы, минимальная мозговая дисфункция, дислексия и афазия развития. Этот термин не применяется к детям, у которых имеются проблемы с обучением, которые в основном являющимися, в основном, результатом нарушения зрения, слуха или моторики, умственной отсталости, эмоциональных расстройств или неблагоприятных экологических, культурных или экономических условий.

Опыт организации инклюзивной образовательной среды с учетом специфических трудностей в обучении

Неспособность к обучению, расстройство обучения или трудности с обучением (*британский английский: learning disability, learning disorder, or learning difficulty*) – это состояние мозга, вызывающее трудности в понимании или обработке информации, вызванное несколькими различными факторами. Некоторых людей можно описать, как имеющих «разницу в обучении», что позволяет избежать любого неправильного представления о том, что они имеют ограниченные возможности из-за отсутствия способности к обучению и возможных негативных стереотипов.

Несмотря на то, что *неспособность к обучению (learning disability)* и *трудности в обучении (learning difficulty)* часто используются как синонимы, они различаются. В определенных ситуациях разницу между этими двумя состояниями может быть трудно распознать. Ключевое различие между неспособностью к обучению и трудностями в обучении заключается в том, что, хотя трудности в обучении в основном влияют на обучение ребенка в школьных помещениях, неспособность к обучению выходят за рамки этого. Они часто влияют на всю жизнь человека, когда он нуждается в помощи другого человека и не могут справиться в одиночку. Типы трудностей обучения включают трудности: *в письме (дисграфия) или чтении (дислексия), в счёте (дискалькулия)* [28].

Термин «трудности в обучении» используется при описании людей, испытывающих трудности в обучении и использовании академических навыков, включая некоторые специфические области, такие как чтение, правописание и математические рассуждения. Предполагается, что данные трудности присущи каждому человеку и на которые, как предполагается, влияют центральные факторы, нервная система, а не умственная отсталость, нескорректированная острота зрения или слуха или другие факторы окружающей среды.

Термин «специфическая проблемы с обучением» был впервые использован Эмметом Альбертом Беттсом в его статье 1936 года «Предупреждение и коррекция трудностей чтения». А позже был популяризирован Сэмом Кирком, который дал определение «неспособности к обучению» в своей книге «*Воспитание исключительных детей*» [29].

Национальный центр по проблемам неспособности к обучению (2014) заявил, что наиболее распространенными типами нарушений в обучении являются те, которые нацелены на области письменного выражения (дисграфия), математики (дискалькулия) и чтения (дислексия) [30]. Другие факторы, такие как отсутствие доступа к учебным материалам, проявляющиеся в неуспеваемости в учебе, должны быть устранены. Американская ассоциация инвалидов по обучению заявила, что «Неспособность к обучению не следует путать с проблемами в обучении, которые в первую очередь являются результатом нарушений зрения, слуха или моторики; умственной отсталости; эмоционального расстройства; или неблагоприятных экологических, культурных или экономических условий» [31].

Для того чтобы поставить точный диагноз «проблемы с обучением», по мнению американских учёных [30], необходимо провести множественный анализ, в ходе которого команда специалистов получает данные об отдельном учащемся за определенный период времени. Однако, по мнению Кейса и Тейлора [32], это возможно не во всех контекстах. В некоторых случаях ответственность за наблюдение за обучающимися, которые могут подвергаться риску, запись данных и интерпретацию данных лежит на индивидуальном педагоге. Существуют некоторые методы, которые учителя могут использовать самостоятельно для определения возможного наличия неспособности к обучению [32]. Прежде всего, педагог должен честно оценить прогресс всего класса, тщательно обдумывая, соответствует ли обучение культурным, педагогическим и лингвистическим требованиям для удовлетворения потребностей всех обучающихся. *Если большинство обучающихся испытывают трудности с заданной задачей или предметной областью, то проблема обычно связана с инструкцией, а не с обучающимися.* Если, с другой стороны, у большинства обучающихся все хорошо, и только у нескольких из них возникают проблемы, педагог должен внимательно оценить испытывающих трудности обучающихся и предложить дополнительную помощь, если это необходимо [30].

Как можно определить и классифицировать трудности обучения? По мнению британских учёных, люди со специфическими трудностями в обучении могут обладать различными сильными сторонами, такими как целостное мышление, выдающееся распознавание образов и визуально-пространственные навыки [33]. Было обнаружено, что они преуспевают в творческих областях и часто очень хорошо решают проблемы. Однако люди с такими трудностями также характеризуются глубинными недостатками в таких областях, как:

- рабочая память (система памяти для временного хранения и обработки информации перед ее кодированием в долговременной памяти);

- исполнительная деятельность (планирование, организация, выработка стратегии и уделение внимания);
- скорость обработки;
- фонологическая обработка.

По мнению Американской ассоциации психиатров выделяется следующая классификация особых потребностей, представленная на рисунке 2.



Рисунок 2. Эмпирически доказанная концептуализация специфических трудностей в обучении согласно DSM-5 [33].

Ниже представлен обзор опыта отдельных стран по обучению детей со специфическими трудностями в обучении.

Опыт Австралии

Согласно результатам научных исследований за 2018 год, опубликованным Департаментом образования Западной Австралии, до 30% обучающихся Западной Австралии не владеют грамотой или счетом [34]. По меньшей мере 20% школьников, обучающихся в настоящее время в школах Западной Австралии, рискуют не достичь надлежащего уровня образования в результате трудностей в обучении, и примерно у 4% обучающихся может быть выявлено определенное трудности в обучении, связанные с нарушением чтения. (дислексия). У некоторых из этих обучающихся могут быть и другие трудности в обучении, встречающиеся примерно у одного ученика в каждом классе».

У любого человека могут быть специфические трудности в обучении, хотя данные свидетельствуют о том, что влияние также оказывает генетический компонент. Однако специфические расстройства обучения могут появляться и часто появляются почти случайно. Специфические трудности в обучении не «вызваны» школой, которую посещает обучающийся; хотя, безусловно, раннее

вмешательство и соответствующая поддержка могут уменьшить долгосрочное воздействие [35].

Ассоциация по изучению трудностей в Австралии зародилась более 55 лет назад, когда небольшая группа учителей коррекции в Мельбурне начала собираться для неформальных дискуссий за чашкой кофе. Как и большинство классных учителей, члены этой группы не были чужды детям, которые значительно отставали, особенно в чтении и математике, несмотря на явно «нормальный» уровень интеллекта. Однако трудности в обучении этих детей редко официально признавались, и у учителей было мало возможностей пройти специальную подготовку, необходимую для понимания и решения их проблем [36].

Learning Difficulties Australia была создана в 1965 году как Ассоциация учителей диагностики и штата Виктории. В 1987 году она стала объединенной ассоциацией под названием Австралийская ассоциация коррекционного образования, а в 1994 году ассоциация была переименована в Австралийскую ассоциацию ресурсных преподавателей. В 2001 году название Ассоциации было переименовано на «*Learning Difficulties Australia*» (Трудности в обучении в Австралии).

Текущий журнал Ассоциации – «*Australian Journal of Learning Difficulties*» был впервые основан в мае 1969 года под названием «Исправительное образование» (с 1969 по 1972 год), а затем был переименован в «Австралийский журнал коррекционного образования» (с 1973 по март 1996 года). В июне 1996 года он был переименован в *Australian Journal of Learning Difficulties*.

Научный журнал *Australian Journal of Learning Difficulties* представляет собой форум для теоретических и эмпирических статей по темам, связанным с оценкой и обучением обучающихся с трудностями в обучении, с особым акцентом на интервенционные исследования, направленные на эффективное обучение базовым навыкам. Журнал выходит два раза в год, в мае и ноябре [36].

Методы работы с детьми со специфическими трудностями в обучении

По мнению представителей Психологического сообщества Австралии (*Australian psychological society*) [35], если обучающиеся, испытывающие трудности с обучением, можно идентифицировать, наблюдая за их поведением и достижениями, фактический диагноз конкретного расстройства обучения требует формальной оценки, проводимой психологом с использованием стандартизированных психологических тестов и тестов достижений. Данные тесты сравнивают уровень способностей человека с тем, который считается нормальным развитием для человека этого возраста.

Первый шаг в этом процессе включает в себя исключение других возможных причин испытываемых трудностей, таких как сенсорные проблемы (например, нарушения зрения или слуха), эмоциональные расстройства (например, депрессия), факторы окружающей среды (например, культурное или экономическое неблагополучие или отсутствие доступа к адекватному образованию), интеллектуальные нарушения и инвалидность. Все это также может оказать влияние на обучение.

Как только эти другие возможные причины проблем с обучением будут исключены и будет установлено, что у человека есть конкретное нарушение обучения, тогда второй шаг должен включать более детальную диагностическую оценку, опять же с использованием стандартизированных тестов, проводимых психологом, имеющим соответствующую подготовку в оценке нарушений в обучении у детей, подростков или взрослых.

В некоторых случаях психологи могут обратиться за помощью к другим специалистам, таким как дефектологи. На данном втором этапе предоставляется более подробная информация о сильных сторонах и трудностях человека в области языка и грамотности и составляет основу плана лечения.

Обучающимся, имеющим расстройства обучения, можно показать стратегии, основанные на их способностях и сильных сторонах, которые помогут им в трудных ситуациях. Помимо психологов, вероятно, будут привлечены другие специалисты, такие как дефектологи и специальные педагоги, которые должны работать в команде для разработки программ, которые принесут пользу в обучении.

Психологическая поддержка может также быть направлена на неакадемические трудности, которые иногда могут возникать наряду с трудностями в обучении. Они могут включать поведенческие проблемы, такие как деструктивное поведение в классе, социальные трудности и/или эмоциональные проблемы, такие как беспокойство и низкая самооценка.

Виды поддержки для людей с нарушениями в обучении варьируются в зависимости от степени трудности, а также от способов её проведения». Исследования показывают, что при отсутствии поддержки обучающийся с расстройством обучения может столкнуться с целым рядом негативных последствий, включая неуспеваемость, развитие деструктивного поведения в школе, повышенную вероятность отсева из школы, социальные трудности, низкую самооценку и депрессию.

По мнению австралийских экспертов [35] при оказании правильной помощи и поддержки многие люди могут преодолеть свои трудности таким образом, что они смогут продолжить вести счастливую и успешную жизнь.

При этом, эксперты отмечают, что при поиске вариантов терапии важно рассматривать только те вмешательства, эффективность которых доказана [35]. Существует ряд вмешательств по преодолению трудностей в обучении, которые считаются эффективными, однако, отсутствуют какие-либо научные доказательства, подтверждающие их эффективность.

Эксперты отмечают, что родители, учителя должны стремиться обеспечить спокойное место для учёбы, вдали от отвлекающих факторов. Материал должен быть представлен небольшими блоками, поскольку обучающиеся с нарушениями в обучении часто испытывают трудности, при выполнении длинных и подробных инструкций, но могут обрабатывать и использовать меньшие фрагменты информации. При нарушениях в обучении, влияющих на чтение и правописание, следует проводить систематическое обучение фонетике (связыванию букв со звуками), чтобы гарантировать, что у обучающегося имеется достаточная возможность развить эти навыки. Там, где это возможно,

рабочая нагрузка и временные рамки должны быть скорректированы таким образом, чтобы обучающиеся имели возможность читать необходимую информацию в своем собственном темпе и обеспечивать, чтобы у них было достаточно времени, чтобы потратить его на письменную информацию. По мнению экспертов, необходимо также следить за тем, чтобы не акцентировать внимание на трудностях обучающегося, например, ожидая, что ребенок будет читать вслух перед классом. Организации образования должны разрешить альтернативные формы представления работы, отличные от письменной формы. Отдельные лица или их семьи часто могут договориться со школой или работодателем о том, возможны ли другие формы предоставления информации, такие как устные презентации или устные экзамены. Если у обучающихся возникают проблемы с чтением или правописанием, их следует поощрять к использованию проверки орфографии или к тому, чтобы кто-то прочитал их письменную работу. Учителя должны стараться использовать примеры и проверять, понятно ли ребёнку задание. Эксперты также рекомендуют избегать негативных комментариев, например, навешивание ярлыков «ленивый» или «глупый» на обучающегося. Вместо этого необходимо создавать благоприятную обстановку. Дети с трудностями в обучении часто испытывают низкую самооценку, и поэтому, важно вознаграждать любые их усилия и успехи, даже если они невелики. Необходимо развивать неакадемические способности, такие как спорт, искусство или музыка, которые дадут ощущение компетентности и повысят самооценку.

По мнению австралийских коллег, необходимо помнить, что обучающиеся с определенными нарушениями в обучении обладают способностью учиться, несмотря на свои трудности. Поэтому к ним следует относиться как к личностям, которые при соответствующей поддержке могут добиться успеха и внести важный вклад в развитие общества [35].

Опыт Польши

Польская система образования, включая образование детей с особыми образовательными потребностями, претерпела значительные качественные изменения в последние десятилетия [37].

По Закону Министерства национального образования от 17.11.2010 г. «О принципах организации и осуществления психолого-педагогической помощи и поддержки в государственных организациях образования» [38] были выделены группы лиц со специальными потребностями, чьи индивидуальные психофизиологические возможности являются результатом:

1) инвалидности или недееспособности (интеллектуальная недостаточность, нарушения зрения: тотально слепые и слабовидящие, нарушения слуха: глухие и слабослышащие, двигательные нарушения, включая афазию, комплексные нарушения, аутизм, включая синдром Аспергера);

2) социальной дезадаптации;

3) одаренности и таланта;

4) специфических трудностей в обучении;

5) расстройств вербальной коммуникации;

- 6) хронических заболеваний;
- 7) критических или травмирующих ситуаций;
- 8) академических (неуспевающие);
- 9) средовой запущенности, связанной с условиями проживания ребенка и его семьи, способа организации досуга, коммуникативной интеграции;
- 10) трудностей адаптации, связанных с культурными различиями или изменением образовательного пространства (перемена места учебы в связи с международной миграцией).

По данным специалистов Специализированной психолого-педагогической клиники для детей с образовательными потребностями в Кракове [39], дети с подтвержденными трудностями в обучении, такими как дислексия, дизорфография, дисграфия и дискалькулия, имеют право на то, чтобы педагог адаптировал методы обучения и оценки к их дисфункциям. Это не означает, что учитель должен снизить требования к этим ученикам – требования остаются такими же, как и для других учеников, *меняются лишь методы обучения и оценки.*

Школьная успеваемость ученика с дислексией обычно не соответствует школьным требованиям. Такой обучающийся требует профессиональной помощи со стороны учителя, родителя, психолога, воспитателя. Если он вовремя не получает такую помощь, его школьные проблемы усугубляются, он теряется, самооценка падает.

Трудности, с которыми сталкиваются обучающиеся с дислексией, являются результатом внутренних условий, независимо от их желаний и возможностей. Чтобы усвоить учебный материал, как их сверстники, они должны приложить в два-три раза больше усилий, и даже в этом случае эффект незначителен, например, из-за слишком медленного темпа работы или постоянных орфографических ошибок. Без похвалы, наград, предоставленных самим себе, они могут потерять желание учиться, потому что «зачем мне что-то делать, если я все равно хуже других», перестают учиться, в старших классах часто прогуливают занятия [39].

По мнению специалистов [39] первые неудачи в школе, постоянная неуспеваемость, отсутствие похвалы со стороны учителей, чувство поражения, дискредитация со стороны сверстников, легко осваивающих учебный материал, неудовлетворенность, нервозность, безразличие и даже отчаяние – чувства, которые постоянно сопровождают учеников-дислексиков.

Польские специалисты отмечают, что дислексию нельзя полностью предотвратить, но ее последствия можно значительно смягчить [39]. Благодаря ранней диагностике и программам раннего вмешательства, уже в дошкольных классах специалисты могут проводить профилактическую работу и занятия, поддерживающие развитие детей с риском дислексии. Это значительно упрощает начало обучения и развития ребенка в школьных условиях. Профессиональная помощь учителей, воспитателей, психологов, поддержка родителей – все это способствует лучшему прогрессу ребенка как ученика. Благодаря этому дислексия перестает быть кошмаром для детей [39].

Опыт Венгрии

По мнению специалистов [40], в Венгрии 10% обучающихся страдают от специфических трудностей в обучении (дислексия, дисграфия, дискалькулия), но число таких обучающихся постепенно увеличивается. Старший научный сотрудник Венгерской академии наук, постдокторант Института когнитивной неврологии и психологии Е. Gyarmathy отмечает, что ввиду отсутствия стандартизированных процедур идентификации этих детей более точные данные отсутствуют [40].

Существуют специальные классы и школы для детей с особыми трудностями в обучении. В более серьезных случаях учителя или логопеды проводят идентификацию и терапию индивидуально или в небольших группах по обучению детей с дислексией и другими типами специфических трудностей в обучении.

Все больше и больше специалистов сходятся во мнении, что дислексия – это не болезнь, которую можно вылечить [40]. Дислексия – это специфический способ мышления, который невыгоден для формирования некоторых способностей и навыков, особенно тех, которые необходимы для академических достижений [40]. Таким образом, школьные годы для детей с дислексией могут превратиться в кошмар. Несмотря на свой средний или даже выше среднего интеллект, дети с дислексией не могут читать, писать, считать и учиться, как другие. Они нуждаются в особой помощи [40].

Можно было бы предположить, что после того, как человек с дислексией преодолет тяжелые годы учебы в школе, позже, по крайней мере после окончания обучения, его жизнь станет легче. Однако это не так.

В Венгрии большинство взрослых с дислексией, особенно тех, кому за сорок, не знают, какая причина кроется за их трудностями [40]. Синдром, который сейчас называется дислексией или специфическими трудностями в обучении, является довольно новым. Несколько десятилетий назад дети, которые не могли научиться читать, писать или считать, считались умственно отсталыми или, возможно, в лучшем случае ленивыми, ни на что непригодными детьми. Независимо от того, поставлен диагноз или нет, из ребенка с дислексией вырастет взрослый с сильной тревожностью и низкой самооценкой. Недиагностированные лица с дислексией борются со своими трудностями, не зная, что с ними не так. Одаренные лица с дислексией могут хорошо компенсировать свои слабости, но часто обнаруживают, что различные простые задачи, такие как заполнение формы, для них смехотворно сложны, в то время как другие решают их легко. Выявленные лица с дислексией подвергаются стигматизации. Дислексия по-прежнему считается психической проблемой, и большинство лиц с дислексией и их родственников испытывают стыд из-за этого. Диагностированы они или нет, но взрослые, имеющие дислексию, вряд ли имеют какую-либо профессиональную поддержку. У лиц с дислексией часто возникают проблемы с поиском подходящей работы. Поскольку венгерский язык является довольно редким языком, для большинства должностей более высокого уровня владение иностранным языком является обязательным требованием. В

Венгрии преподавание иностранных языков носит очень академический характер, что делает его труднодоступным для людей с дислексией. Согласно закону, выявленные лица с дислексией освобождаются от изучения иностранных языков. Следовательно, лицам, которым позже понадобится сдать экзамен по иностранному языку, необходимо приложить значительные усилия [40].

Поскольку уровень дислексии выше среди высокоинтеллектуального населения, многие люди с дислексией могут поступить в университет, несмотря на серьезные трудности в обучении. Примечательно, что на университетском уровне их специфические способности тоже могут принести пользу, поэтому они могут быть очень успешными. Однако письменные экзамены, написание длинных эссе и чтение громоздких книг являются серьезной проблемой для студентов с дислексией. Студенты, страдающие дислексией, не получают официальной поддержки ни в одном венгерском университете. Для них нет никаких услуг, которые могли бы оказать практическую помощь в их учебе. Основная проблема, с которой сталкиваются студенты университетов с дислексией – это экзамены по иностранному языку. В Венгрии высшее образование может получить только тот студент, который сдал языковой экзамен не ниже среднего уровня. Иногда это является непреодолимым препятствием, и после многих лет напряженной работы в университете студент не может получить степень в течение многих лет или навсегда [40].

В Венгрии не существует стандартного теста для выявления дислексии в детском возрасте [40]. Существует все больше и больше методов, которые используются в разных организациях образования, но ни один из них не принят в более широком кругу специалистов и официально не используется для выявления дислексии. Таким образом, неудивительно, что меры для коррекции дислексии у взрослых отсутствуют. Большинство специалистов по дислексии убеждены, что её нельзя диагностировать после двенадцати лет. В Научно-исследовательском институте психологии Венгерской академии наук была запущена программа для взрослых с дислексией. Были разработаны и опубликованы для использования в Интернете вопросники для самооценки [41], [42]. На данных сайтах взрослые с дислексией также могут получить информацию и консультации. Также были запущены курсы для учителей по пониманию дислексии и специальные курсы для учителей, преподающих английский язык в качестве иностранного языка [40].

Поскольку дислексия у взрослых, по сути, практически не существует ни на обычном, ни даже на официальном уровне, она описывается в небольшом количестве законов. Законодатели сосредоточились только на обучении лиц с дислексией. Лица, официально признанные лицами с дислексией, получают дополнительное время для сдачи письменных экзаменов на выпускном экзамене по окончании среднего образования, и их правописание не оценивается. Аналогичным образом, лица с дислексией получают освобождение от письменных экзаменов по иностранным языкам, а в серьезных случаях полностью освобождаются от них. Еще одна проблема – получить высшее образование. Как упоминалось выше, в Венгрии получить ученую степень можно только в том случае, если сдать устные и письменные экзамены по

крайней мере по одному иностранному языку. Однако закон допускает, что лица с дислексией должны сдавать либо только письменный, либо устный экзамен. Дислексия обычно диагностируется в детстве в официальных учреждениях логопедами, педагогами, обучающими детей с особыми потребностями, психологами. Если кто-то желает получить официальное заключение после достижения 18-летнего возраста, решение о его выдаче принимает медицинский эксперт [40].

Поскольку дислексия рассматривается как проблема, относящаяся к школьным годам, даже специалисты заканчивают заниматься дислексиками после обязательных школьных лет. В Венгрии существуют две ассоциации по коррекции дислексии и несколько фондов для лиц с дислексией. Однако они концентрируются на детях с дислексией и их родителях и не следят за проблемой во взрослом возрасте. Взрослые практически не имеют организованной поддержки в решении своих трудностей, вызванных дислексией. Все больше и больше результатов научных исследований показывают, что по сравнению со средним населением среди тех, кто страдает психическими расстройствами (особенно расстройствами настроения, тревожностью и соматическими формами), лиц с дислексией встречается в два раза больше [40].

Опыт Словении

В Словении дети с низкой успеваемостью или проблемами в обучении (без умственных отклонений) составляют 20% от всех обучающихся и подразделяются на общие трудности в обучении и специфические трудности в обучении [43]. Термин «специфические трудности в обучении» подразумевает нейробиологическую природу препятствий в обучении в конкретных областях обучения и включает дислексию развития, дискалькулию и невербальные нарушения в обучении. Альтернативными терминами, используемыми для специфических трудностей в обучении, являются неспособность к обучению, специфическое расстройство обучения или специфические нарушения развития школьных навыков [43].

Дети, имеющие специфические трудности в обучении, представляют собой очень разнообразную группу. Ввиду известных или неизвестных нарушений или различий в функционировании их центральной нервной системы данная группа детей испытывает серьезные трудности в чтении, письме, правописании и арифметике, несмотря на их средние или выше среднего интеллектуальные способности. Также наблюдаются расстройства мышления, трудности в координации, общении, социальных навыках и эмоциональной зрелости. Данные недостатки влияют на когнитивную обработку вербальной и невербальной информации, препятствуют приобретению и автоматизации навыков обучения, а также влияют на обучение и поведение на протяжении всей жизни человека. Они являются внутренними и не связаны ни с организацией обучения, ни с другими факторами окружающей среды и с проблемами в здоровье (нарушения зрения, слуха или моторики, психические отклонения или поведенческие и эмоциональные проблемы (расстройства)). При этом, они могут возникать одновременно с перечисленными проблемами.

Также и у одарённых детей, при этом, данные нарушения могут быть очень стойкими, несмотря на упорную работу и регулярные тренировки. Данные нарушения вызывают трудности в освоении определённых предметов не только у детей из неблагополучных, но и у детей, получающих адекватную поддержку и понимание в своих семьях. При своевременном выявлении трудностей в организации и предоставлении соответствующей помощи многие дети, имеющие специфические трудности в обучении, могут компенсировать их, используя эффективные методы обучения и активизируя собственные сильные стороны обучения, даже если они успешны и не нуждаются в дальнейшем сопровождении и получении дополнительной профессиональной помощи.

В ходе проведения постоянной конференции в области образования Совет Европы в 2010 году обозначил новую серьёзную проблему, стоящую перед специалистами в области образования: признание разнообразия детей, имеющих различные способности по разным предметам. Разнообразие обучающихся проявляется в различии их учебных достижений. К примеру, в Словении 1,3% обучающихся не смогли закончить начальную школу в 2010-2011 году [43]. Результаты PISA (2013), с другой стороны, показывают, что примерно 20% 15-летних, многие из которых имеют общие специфические нарушения в обучении, не смогли достичь уровня 2 в различных областях грамотности, который позволил бы им достичь успехов в обучении [43]. Дети с особыми образовательными потребностями, почти у 40% из которых выявлены тяжелые специфические трудности в обучении, также имеют более низкие показатели успеваемости по сравнению со своими сверстниками при прохождении национального теста, несмотря на корректировки, вносимые во время тестирования [43]. Национальный центр внешней оценки (RIC) выявил [44], что в среднем дети с особыми образовательными потребностями набрали 38,3% баллов по сравнению со своими сверстниками не имеющих особых образовательных потребностей, набравших 53% баллов. Около 76,7% детей с особыми образовательными потребностями набирают 50% баллов и менее по сравнению со своими сверстниками [44]. В целом, средняя успеваемость детей с особыми образовательными потребностями была значительно ниже (средний балл 2,70), чем у их сверстников (средний балл 3,98) [44]. Дети с тяжелой формой специфических трудностей в обучении имеют самую низкую среднюю успеваемость – 2,05 балла. Учителя также отметили, что дети с тяжелой формой специфических трудностей в обучении выделялись из-за своей негативной самооценки. Дети с легкой, умеренной или тяжелой формой специфических трудностей в обучении, составляющие 10% от общего количества детей, составляют одну из самых многочисленных групп детей с особыми образовательными потребностями.

Барьеры и возможности для реализации инклюзивного образования детей со специфическими трудностями в обучении были проанализированы с помощью модели [43]. Эта модель послужила аналитической и концептуальной основой для изучения взаимосвязи между контекстами политики и практики в области интеграции. Образовательные и социальные потребности детей со специфическими трудностями в обучении значительно отличаются от

потребностей их сверстников из-за дефицита, который имеет нейрофизиологическое происхождение и ухудшает обучение [43].

Реформы образования, особенно в области образования детей особых образовательных потребностей, часто создают идеологическое поле битвы, обусловленное различными экономическими и другими факторами.

Так, некоторые известные словенские эксперты в области образования плохо осведомлены о сложности и нейробиологических предпосылках дефицита обучения, а также о состоянии детского населения со специфическими трудностями в обучении, дефицит обучения словенские эксперты склонны рассматривать в качестве переходного, относящегося только к раннему образованию [43]. Существует опасение, что дополнительные методы профессиональной помощи для самой большой группы детей со специфическими трудностями в обучении потребуют большого объема финансирования, поскольку почти 40 % всех детей, у которых выявлены данные трудности, имеют тяжёлую форму нарушений. Те, кто сомневается в сложности таких нарушений и праве детей со специфическими трудностями на адаптацию в процессе обучения, а также на дополнительную профессиональную помощь, не понимают, что финансовые ресурсы, используемые для финансирования профессиональной помощи, являются наиболее экономичными инвестициями, которые может сделать государство или частное лицо, поскольку адекватное лечение детей с такими трудностями облегчает их проблемы с образованием, трудоустройством и социальной интеграцией. Финансовые инвестиции в образование впоследствии приносят высокую отдачу, которая намного превышает стоимость материальных и научных ресурсов.

Впервые критерии для выявления тяжелых специфических трудностей, различия между различными степенями трудностей от легкой до средней или тяжелой степени, а также непрерывность программ для детей со специфическими трудностями были представлены профессиональной аудиторией в 2002 году. Были разработаны *Правила о критериях определения типа и степени недостатков, нарушений и инвалидности детей с особыми потребностями*.

В рамках проекта «Учащиеся с трудностями в обучении в начальной школе – Разработка комплексной системы эффективной помощи» [45] было проведено исследование для анализа ситуации в области специфических трудностей в обучении. Исследование показало, что работа с обучающимися, имеющими трудности в обучении в Словении не была всеобъемлющей, комплексной и долгосрочной [45]. Существовал большой разрыв между быстрым прогрессом теории и научными открытиями в различных дисциплинах, рассматривающих различные причины трудностей в обучении, изучающих эффективные новые подходы к изучению стратегий поддержки и обучения, и работающих над ранним выявлением и профилактике, а также внедрении данных результатов в практику [45]. Исследование выявило организационные и мотивационные проблемы как наиболее распространенные и критические проблемы, наряду с проблемами, связанными с компетентностью учителей в оказании помощи детям с трудностями в обучении [45]. Было установлено, что мнение специалистов в

области образования существенно различается ввиду различного восприятия трудностей, а также в отношении некоторых других ключевых вопросов [45]. Исследование показало четкое различие в оценке эффективности различных форм и источников помощи между детьми и родителями, с одной стороны, и специалистами в области образования, с другой, а также выявило проблемы в общении и недостаточную компетентность учителей в распознавании и признании сильных сторон учеников.

Для решения ключевых проблем выявления и коррекции была разработана концептуальная основа системного комплексной коррекции трудностей детей с трудностями в обучении [46]. В рамках концепции была разработана пятиэтапная модель оказания помощи, основанная на научных и материальных ресурсах, уже имеющихся в школьной системе Словении. Пятиуровневый подход позволяет педагогам выявлять детей, подверженных риску неуспеваемости в школе на ранней стадии и оказывать им эффективную помощь и поддержку в обучении в сотрудничестве со всеми участниками, включая самих детей, их родителей и специалистов в области образования [46].

В период с 2009 по 2011 годы в рамках проекта ЕС «Профессиональная основа для дальнейшего развития и внедрения Концепции «Трудности в обучении в начальной школе» проектная группа сотрудников Факультета образования и факультета социальной работы Люблянского университета разработала теоретическую основу для стратегий для выявления и оценки трудностей в обучении, оказании помощи и поддержки, а также поиска решений на основе командной работы.

Законодательство Словении регулирует права детей с трудностями в обучении двумя актами: Законом о начальной школе (1996) [47] и Законом о размещении детей с особыми потребностями (ZUOPP, 2000) [48]. Дети с легкой и средней степенью трудностей в обучении имеют право на те же формы поддержки, что и дети с общими трудностями в обучении, и их права определены в Законе о начальной школе (1996 год, статья 11, пункт 2) [47].

К ним относятся право на коррекционное образование, адаптация методов и подходов работы, а также индивидуальная и групповая поддержка. Однако в соответствии с измененным Законом о начальной школе 2011 года [49] детям с легкой и средней степенями трудностей в обучении было отказано в статусе особых образовательных потребностей, однако они сохранили право на педагогическую помощь, адаптацию методов и подходов в обучении, а также индивидуальную и групповую поддержку. В контексте подготовки программных текстов были приняты два закона, обеспечивающие реализацию целого ряда прав детей со специфическими трудностями в обучении.

Прежде всего, качество инклюзивной практики в классе, выражающееся в применении различных инклюзивных и неинклюзивных методик обучения и оказывающих жизненно важное влияние на успеваемость детей со специфическими трудностями, зависит от восприятия, знаний и стратегий преподавания учителей. В процессе обучения и тестирования школьные специалисты по образованию часто просто уменьшают сложность и абстрактность заданий вместо того, чтобы предоставлять детям возможность

адаптироваться к чтению, письму, арифметике и правописанию (например, вносить коррективы в учебные материалы, использовать учебные и технические пособия, увеличивать время и т.д.).

Любой ребенок, который не достигает целей в области образования, должен быть адаптирован учителем к своему образовательному процессу, и ему должна быть оказана помощь школьным консультантом, а также индивидуальная или групповая учебная поддержка. Когда дело доходит до отбора специалистов для оказания интенсивных и специфических форм помощи, слишком часто основное внимание уделяется возможности увеличения штата, а не оказанию эффективной помощи ребенку со специфическими нарушениями. Многие из тех, кто практикует дополнительную помощь, не имеют надлежащей подготовки, а также необходимых знаний и стратегий для проведения эффективной диагностики и оказания помощи и поддержки детям с тяжелой формой специфических нарушений, которые нуждаются в получении наиболее интенсивных и специфических форм помощи. К сожалению, в отличие от успеваемости детей с тяжелой формой специфических нарушений, эффективность либо внедрения адаптаций в учебный процесс и оказания дополнительной помощи никогда не подлежит оценке.

Дети со специфическими трудностями в обучении могут полностью реализовать свой потенциал в случае, если у них есть доступ к высококачественному обучению, основанному на результатах исследований, учитывающему индивидуальные особенности и включающему постоянный мониторинг и оценку прогресса ребенка, что позволяет специалистам в области образования адекватно адаптировать процесс обучения коррекции специфических трудностей в обучении у детей.

В Словении имеется ряд успешных специалистов, считающих, что инклюзивное образование детей со специфическими трудностями в обучении возможно и рационально. Данные специалисты обладают необходимыми знаниями для его реализации. Это практика в школах с четкой политикой инклюзивности и с наличием директора, поддерживающего своих сотрудников, предоставляющим им доступ к материальным и научным ресурсам и помогающим им приобретать знания и навыки, необходимые для обеспечения инклюзивного образования для всех детей с особыми образовательными потребностями, включая детей со специфическими трудностями в обучении.

Специалисты в области образования нуждаются в позитивном восприятии, знаниях, опыте и поддержке, поэтому «Инклюзивное образование» является частью учебных программ студентов на факультетах образования в Словении, чтобы все будущие учителя могли узнать об основах выявления и коррекции специфических трудностей у детей. Кроме того, факультет образования Люблянского университета организует годичную учебную программу по работе с детьми и подростками со специфическими трудностями и эмоциональными и поведенческими расстройствами для педагогов организаций образования. Многие семинары также организуются другими организациями.

Еще одной организацией, стремящейся полностью раскрыть потенциал детей со специфическими трудностями в обучении, является Ассоциация

помощи детям и подросткам со специфическими трудностями в обучении *Bravo*, которая направлена на повышение осведомленности общественности о типичных особенностях и особенностях лиц со специфическими трудностями в обучении, подготовку публикаций и организацию международных конференций, семинаров и других форм обучения для лиц со специфическими трудностями в обучении, их родителей и специалистов в области образования. Как видно из контекста практики, внедрение изменений в сторону инклюзивной образовательной практики для детей со специфическими трудностями в обучении происходит медленно. Установленные законом права детей со специфическими трудностями в обучении постоянно игнорируются. Слишком часто эффективность помощи зависит от восприятия и знаний специалистов в области образования, которые обучают детей в классе или оказывают им поддержку в учебе и дополнительную помощь. С другой стороны, есть специалисты в области образования с позитивным восприятием и знаниями, которые готовы работать со всеми участниками образовательного процесса, чтобы создать условия для достижения детьми со специфическими трудностями в обучении наилучших возможных результатов.

В Словении развитие инклюзивной практики шло слишком медленно. Правовые основания для его реализации предусмотрены, но разрыв между законодательством и практикой остается слишком большим. Политика и законодательство создают условия для реализации инклюзивного образования детей со специфическими трудностями в обучении. Однако на практике дети с такими нарушениями часто подвергаются дискриминации, и их успехи в учебе, как правило, намного ниже, чем у их сверстников без таковых нарушений. Благодаря внедрению пятиуровневого подхода, который включает соответствующую адаптацию и эффективные формы как обучения, так и дополнительной профессиональной помощи, многие дети со специфическими трудностями в обучении могли бы добиться значительно лучших результатов в учебе и социальной интеграции [43].

Опыт Германии

Население Германии составляет более 80 миллионов человек. Из них около 7,5 миллионов взрослых в возрасте от 18 до 64 лет «функционально неграмотны» и едва умеют читать и писать [49]. Но помощь доступна для тех, кто испытывает трудности.

По оценкам ЮНЕСКО, во всем мире около 780 миллионов человек едва умеют читать или писать или вообще не умеют этого делать [49]. Данная проблема существует не только в бедных странах или в странах, задетых войнами, которые оказывают негативное влияние на функционирование школьной системы в течение многих лет. В Германии также многие люди классифицируются как «функционально неграмотные». Это означает, что они так плохо читают и пишут, что им приходится полагаться на помощь извне в своей повседневной жизни.

Согласно исследованию, проведенному Гамбургским университетом, из 80 миллионов или более человек, проживающих в Германии, около 7,5 миллионов

взрослых в возрасте от 18 до 64 лет страдают от неграмотности [49]. Это примерно столько же, сколько совокупное население четырех крупнейших городов Германии – Берлина, Гамбурга, Мюнхена и Кельна [49].

Большое количество детей, проживающих в Германии, имеющих нормальный уровень развития интеллекта, имеют дислексию и дисграфию, которые официально не признаны нарушением.

По мнению специалистов, нужно выявлять способности у каждого школьника, а не указывать постоянно на его проблемы. Это поможет ребёнку поверить в свои силы. Также необходима дополнительная подготовка учителей начальных классов, которые могли бы вовремя распознать дислексию и дискалькулию и проводить с такими учениками занятия по коррекции нарушений.

По мнению специалистов, с научно – медицинской точки зрения проблема достаточно изучена и пути её решения известны. Проблема лишь в том, что если игнорировать ее в начальной школе, то в старших классах это перерастет в неминуемую катастрофу [49].

Опыт Дании

В 2012 году Министерство образования Дании поручило исследователям Центра исследований чтения (Копенгагенский университет) и Датской школы образования (Орхусский университет) разработать национальный тест по выявлению дислексии для всех обучающихся от 3-го класса до университетского уровня. Запущенный в 2015 году [50], тест в настоящее время используется всеми 98 местными органами власти Дании на всех уровнях системы образования. Раннее выявление дислексии расширяет возможности получения образования и помогает предотвратить социальные проблемы.

Подсчитано, что около 3-7% населения Дании страдает дислексией [50]. Чем раньше будет обнаружено заболевание, тем больше шансов на то, что целенаправленное вмешательство изменит ситуацию к лучшему. Предоставление учащимся с дислексией поддержки, в которой они нуждаются в школе, расширяет их образовательные возможности и помогает предотвратить социальные проблемы.

Характеристики людей, испытывающих трудности с чтением, являются одним из предметов, изучаемых Центром исследований чтения. При чтении используются два разных навыка: способность распознавать отдельные слова на основе нашего знания букв алфавита и их звуков (расшифровка); и наше более общее понимание языка, например, словарный запас, структура предложений и способность использовать предварительные знания для интерпретации текстов [50].

В 2012 году Министерство образования поручило Центру исследований чтения и Датской школе образования разработать национальный широкомасштабный тест на выявление дислексии для обучающихся начиная с 3-го класса до университетского уровня. Идея состояла в том, чтобы дать возможность учителям использовать один и тот же тест для обучающихся всех возрастов на всех уровнях образования, чтобы облегчить плавный переход и

обеспечить единообразное и оперативное понимание дислексии во всех учреждениях.

Дислексия связана с трудностями при расшифровке слов, то есть с идентификацией слов путем распознавания и комбинирования буквенных звуков, а не с трудностями в понимании значений слов. Например, человеку с дислексией будет трудно прочитать вслух такое бессмысленное слово, как «ток». Дислексия – это термин, используемый, когда нет других очевидных проблем с чтением, например, нарушения зрения или слуха, слабые языковые навыки в целом или повреждение головного мозга.

Центр исследований чтения провел пробные тестирования отдельных частей теста на большом количестве детей в разных возрастных группах. Идея состояла в том, чтобы выяснить, какие типы тестов лучше всего подходят для выявления трудностей с расшифровкой слов [50].

Министерство образования запустило национальный широкомасштабный тест на дислексию в феврале 2015 года. Он был разработан совместно Министерством, Национальным советом социальных служб и Школьной исследовательской программой. Учителя начальных и средних школ, а также высших учебных заведений работали вместе с исследователями над апробацией и оценкой тестовых материалов.

В мае 2016 года опрос, проведенный Национальным агентством информационных технологий и обучения, показал, что все 98 местных органов власти Дании в настоящее время используют этот тест [50].

До введения теста в начальных школах не было стандартной процедуры выявления дислексии. В результате учащиеся сталкивались с ненужными барьерами во всей системе образования. Их обследовали по-разному, и некоторые из них изо всех сил пытались распознать у себя дислексию.

Новый тест обеспечивает более надежный и стандартизированный метод выявления дислексии на всей территории Дании и в системе образования. Учащимся больше не нужно проходить несколько тестов для выявления дислексии в разном возрасте. Тест также облегчает переходы между различными учебными программами.

Тест не является самоцелью – простого выявления дислексии недостаточно. Признание дислексии, однако, является ключом к удовлетворению потребностей учащихся с дислексией, как в школе, так и на протяжении всего обучения, а также к созданию для них наилучшей возможной основы для их трудоустройства и взрослой жизни [50].

Опыт Ирландии

В прошлые годы дислексия в Ирландии считалась расстройством, которое не имело право на произношение [51]. Ассоциация дислексии Ирландии, созданная 40 лет назад в этом году, была вынуждена сменить свое название в 1980-х годах на Ассоциацию детей и взрослых с трудностями в обучении, чтобы её воспринимали на серьезном уровне [51].

«В то время, когда кто-то из ассоциации встречался с правительственным чиновником, разговор тратился впустую на защиту признания дислексии в

первую очередь», говорит Роззи Биссетт, исполнительный директор Ассоциации. «Изменение названия было сделано для того, чтобы сэкономить время и позволить провести содержательную дискуссию о поддержке людей с трудностями в обучении грамоте» [51].

Только в 2000 году первоначальное название было восстановлено, поскольку официальные лица Ирландии, наконец, изучили международные исследования и признали дислексию отдельным расстройством, требующим специальной поддержки и вмешательства. В настоящее время дислексия обычно диагностируется с помощью Государственной службой оценки, Национальной службой психологии образования (NEPS) [51].

Связь между дислексией и интеллектом давно разорвана. В сфере образования широко общеизвестно, что люди с любыми интеллектуальными способностями могут проявлять признаки дислексии. Это жизненно важно, потому что поддержка требует тонкого подхода, отличающего данное расстройство от общего уровня способностей обучающегося. Однако у нас нет достоверных данных о распространенности.

«По данным экспертов, распространённость дислексии в Ирландии, в сравнении с другими англоязычными странами, составляет примерно один к 10.

Мы сравниваем себя с другими англоговорящими нациями, потому что язык создает уникальные препятствия, говорит Биссетт. «Английский язык является одним из самых сложных для изучения и представляет наибольшую проблему для тех, кто испытывает трудности с обработкой звуков и символов», объясняет Биссетт. «Существует так много нарушений грамматики и фонетики, что человеку с трудностями в обработке информации трудно выучить правила». Дислексия присутствует в каждом языке, но последствия для носителей английского языка могут быть более острыми и проявляться раньше [51].

Услуга Ассоциации дислексии Ирландии включает в себя все: от национальной пропаганды до индивидуального обучения, а также промежуточные процессы, связанные с получением предоставляемых услуг. Данная работа отличается, например, от проведения простых уроков чтения.

«Часто первым шагом после постановки диагноза дислексии является повышение самооценки человека, особенно когда он, возможно, годами жил с недиагностированным расстройством», – говорит она. «Возможно, у них было негативное взаимодействие с учителями и другими взрослыми, и их уверенность, возможно, нуждается в восстановлении. Люди с дислексией разрабатывают отличные стратегии, позволяющие избегать чтения и письма. Они часто испытывают настоящий страх прикасаться пером к бумаге. Представьте, как это должно быть удручающе, если ученик часами трудился над написанным текстом только для того, чтобы получить от учителя с исправления, написанными красным цветом» [51].

Ассоциация выделяет значительное время и ресурсы на работу с учителями, с целью повышения их квалификации в работе с обучающимися с дислексией.

«Такая простая вещь, как сосредоточение внимания на двух или трех ключевых ошибках в фрагменте сценария вместо того, чтобы подталкивать

обучающегося к каждой последней ошибке, может иметь большое значение. Сосредоточение внимания на положительном в работе обучающегося действительно может помочь» [51].

Биссетт отмечает, что неудивительно, что педагоги не всегда знают, как конструктивно справиться с дислексией. «Небольшой объем обучения по дислексии во время начальной подготовки педагогов является для нас большой проблемой. Они могут получить только часовую лекцию по этому вопросу за все время обучения. Наша цель – решить эту проблему в рамках начального педагогического образования и непрерывного профессионального развития».

В то же время основное внимание уделяется поддержке 2500 семей-членов ассоциации посредством информирования, оценки и обучения, а также охвату наибольшего количества ирландских семей, страдающих дислексией.

«За последние 40 лет мы стали свидетелями значительного увеличения объёма оказываемой поддержки в школах, что можно только приветствовать. Мы стали свидетелями введения условий для сдачи экзаменов, освобождения от ирландского языка и новых путей поступления на третий уровень».

При этом, ирландские эксперты отмечают, что им ещё есть за что бороться. «Инфраструктура ресурсов специального образования разрушается. Условия для сдачи экзаменов и освобождения от ирландского языка могут быть труднодоступными. Мы все еще часто слышим, как родители говорят о «борьбе с системой», чтобы получить то, что нужно их детям [51].

«Это реальная проблема для семей без средств к существованию», – говорит Биссетт. «Часто диагноз дислексия основывается на способности семьи оплатить обследование. Потенциал государственной оценки можно было бы утроить, но этого все равно было бы недостаточно для удовлетворения потребностей. Мы хотели бы видеть более компактную, менее медикализованную систему, в основе которой лежат равенство и справедливость» [51].

За годы работы со взрослыми и детьми с дислексией Биссетт заметила их общую черту, выходящую за рамки чтения и письма, которая выходит за рамки чтения и письма. «Дети и взрослые с дислексией часто обладают высокоразвитым чувством социальной справедливости. Есть сочувствие к тем, кому приходится бороться с системой, , выражающееся в их собственной борьбе с некоторыми вещами (проблемами), которые все остальные воспринимают как должное [54].

Опыт Италии

В Италии дислексия рассматривается как часть более широкой системы расстройств обучения, поражающих итальянское население (DSA) [52]. В это определение включены дислексия, дискалькулия, дисграфия и дизорфография. Процент обучающихся, страдающих этими расстройствами, составляет примерно 5 % от всего школьного населения в обязательных классах начальной, неполной средней и средней школы. При этом, данные национального исследования за 2015-2016 учебный год указывают на более низкий процент расстройств, ввиду отсутствия официального признания DSA [52]. Дислексия – это реальная проблема, влияющая на овладение учащимися чтением и письмом

и последствия которой могут усугубляться ввиду недостаточно эффективной поддержки в процессе получения школьного образования. Если вовремя не распознать и не оказать эффективную поддержку на всех школьных уровнях, учащиеся с дислексией, вероятно, столкнутся с неуспеваемостью, влияющей на их самооценку, и, как результат, будут находиться в состоянии беспокойства, потеряют мотивацию и связь со школой. Более того, приобретение устных и письменных навыков на иностранном языке может быть действительно сложным и неприятным для учащихся, страдающих нарушениями чтения и письма. Именно поэтому, как отмечают итальянские эксперты, чрезвычайно важно, чтобы учителя и тренеры понимали природу дислексии, ее проявления и последствия, а также знали о том, как они могут помочь и поддержать учащихся в преодолении их трудностей. Наиболее распространенными методами работы с обучающимися, страдающими дислексией в процессе обучения являются дополнительное время, адаптация письменных навыков к устным навыкам и использование карт и диаграмм [52].

При зачислении учащихся со специфическими трудностями в обучении родители должны предоставить в школу официальную справку, выданную соответствующим национальным управлением системы здравоохранения [53].

Поскольку ответственность за обучающихся с трудностями в обучении лежит на преподавателях учебных программ, Министерство образования, университетов и исследований выпустило руководящие принципы, помогающие школам поддерживать обучающихся с трудностями в обучении на их образовательном пути. В частности, школы должны принимать конкретные педагогические и дидактические меры, гарантирующие достижения обучающихся, а также разрабатывать индивидуальные учебные планы и предусматривать возможность использования компенсационных инструментов и профилактических мер.

Кроме того, для облегчения образовательного процесса обучающихся с трудностями в обучении учителя и директора школ всех уровней проходят специальную подготовку без отрыва от производства. Учебные мероприятия сосредоточены на раннем выявлении трудностей, дидактических мерах, которые должны быть приняты как с обучающимся, так и классом, при проведении оценочных и организационных мероприятиях. Учебные мероприятия организуются непосредственно Министерством образования, университетов и исследований или школами и могут включать университеты, научно-исследовательские институты, научные организации, ассоциации и местные органы здравоохранения.

Оценка обучающихся с трудностями в обучении должна соответствовать индивидуальному плану обучения; например, с использованием устных, а не письменных тестов для оценки знаний иностранного языка или с использованием компенсационных инструментов [53].

Опыт Китая

Дислексия является одной из наиболее распространенных трудностей в обучении, встречающейся примерно у 9,7% обучающихся школ в Гонконге,

специальном административном районе Китая [54]. Поэтому потребности в образовании и поддержке Обучающихся с дислексией начальных и средних школ вызывают большую озабоченность у общества.

Дислексия является наиболее распространенной из специфических трудностей в обучении, составляющих разнообразную группу, включающую в себя: специфические нарушения речи, синдромы дефицита внимания и гиперактивности и нарушение координации развития. Эти трудности, как правило, присутствуют с рождения и могут возникать одновременно и приводить к серьёзным академическим, социально-эмоциональным и поведенческим проблемам. Дислексия характеризуется серьезными и повсеместными трудностями в обучении чтению и правописанию, несмотря на сохранный интеллект, отсутствие сенсорных и неврологических нарушений и социальную депривацию. В западных странах дислексия является наиболее распространенной специфической трудностью в обучении (почти 80%) и широко изучается в алфавитных языках, особенно в английском. Учитывая крайне неравномерное соответствие звука и правописания в английском языке, дислексия характеризуется медленным и неточным распознаванием слов и плохим правописанием, что часто приводит к трудностям в беглом чтении и понимании. Эти трудности, как правило, могут быть результатом дефицита основных навыков фонологической обработки. В отличие от алфавитных языков, китайский характеризуется как логографическая и морфосиллабическая система письма, обладающая уникальными лингвистическими областями: фонологическими, визуально-орфографическими, морфологическими и синтаксическими характеристиками. Из-за различий между китайским языком и алфавитными языками дислексия может проявляться по-разному, и определенные когнитивные и лингвистические функции, связанные с проблемами грамотности, могут проявляться по-разному в разных языках. Таким образом, этиология и маркеры дислексии в китайском языке имеют большое практическое и теоретическое значение отчасти потому, что они, как правило, немного отличаются в некоторых аспектах от маркеров, имеющих в алфавитных языках.

Гонконг является особым административным районом Китая с 1997 года. Население составляет около 7,16 миллиона человек и большинство людей обычно говорят на кантонском диалекте и используют китайские символы для общения в своей повседневной жизни. Каждому ребенку в Гонконге предоставляется двенадцатилетнее бесплатное всеобщее базовое образование с 1 по 12 классы. Начиная с 2007 года в школах осуществляется переход к общешкольному подходу, связанному с интеграцией. Потребности обучающихся с дислексией стали признаваться только в 1980 году. Именно за последние 20 лет дислексия была изучена населением Китая, которое является одним из крупнейших в мире. В Гонконге под дислексией понималось наличие специфической трудности в обучении, затрагивающая людей, чьи достижения в области грамотности и когнитивно-лингвистических навыков оказались ниже ожидаемых значений в соответствии с возрастом и IQ. Таким образом, рабочее определение дислексии можно рассматривать как несоответствие IQ-

достижений плюс модель для классификации обучающихся с дислексией. Используя это определение, уровень распространенности дислексии оценивается в 9,7% при соотношении мальчиков и девочек 2:1. У 6,2 учащихся была лёгкая степень, у 2,2 % и 1,3 %- средняя и тяжелая степени соответственно [55]. Этот показатель аналогичен тому, о котором сообщалось в алфавитных языках.

Для выявления и оценки трудностей в Гонконге используется двухэтапный процесс идентификации. Первый этап заключается в обеспечении быстрого и экономичного процесса выявления, состоящего из стандартизированных контрольных списков и тестов для родителей и учителей для выявления лиц, подверженных риску возникновения конкретных трудностей в обучении. В настоящее время доступны для проверки пять контрольных списков и тестов, например, Гонконгский контрольный список поведения в процессе обучения для дошкольников, Гонконгский контрольный список поведения с особыми трудностями в обучении для учащихся начальной школы и Гонконгский контрольный список конкретных трудностей в обучении чтению и письму для учащихся младших классов средней школы, а также Гонконгский скрининг-тест на выявление способности к чтению для детей дошкольного возраста. Данные инструменты скрининга охватывают множество возможных ключевых областей, таких как чтение, правописание, письмо, математика, язык, обучение, внимание, память, координация движений, последовательность действий, визуально-пространственная ориентация и социально-эмоциональная адаптация. Заинтересованные учителя могут использовать эти инструменты для оценки сильных и слабых сторон своих учеников в обучении и навыках грамотности, чтобы оказать этим учащимся первоначальную помощь и соответствующую поддержку. Обучающиеся, чьи успехи в обучении и грамотности остаются неудовлетворительными, переходят ко второму этапу идентификации, согласно которому будут направлены к профессиональным психологам для дальнейшей оценки.

На втором этапе педагогические и клинические психологи проводят стандартную комплексную оценку, включающую оценку интеллекта (IQ), оценку когнитивно-лингвистических навыков и проведение тестов на достижение грамотности с целью выявления у людей дислексии. Гонконгская шкала интеллекта Векслера для детей обычно используется для измерения IQ. Гонконгский тест на определение специфических трудностей в обучении чтению и письму для учащихся начальной школы (Второе издание) и Гонконгский тест на определение специфических трудностей в обучении чтению и письму для учащихся младших классов средней школы (Второе издание) также используются для определения когнитивно-лингвистических навыков и достижения грамотности. К ним относятся следующие показатели: визуально-орфографические знания, быстрое присвоение имен, фонологические навыки, морфологические навыки, синтаксические навыки, навыки ведения беседы, рабочая память, чтение, правописание и письмо. Учитывая, что в настоящее время в Гонконге используется модель несоответствия IQ-achievement-plus, в качестве диагностических критериев дислексии используется комбинация

следующих тестовых показателей: интеллект, когнитивно-лингвистические навыки и навыки грамотности. Для того, чтобы получить диагноз «дислексия», обучающиеся должны иметь адекватный IQ, но низкий уровень грамотности (-1 стандартное отклонение или более) а также по крайней мере одну область когнитивно-лингвистического дефицита (-1 стандартное отклонение или более). Несмотря на этот двухэтапный процесс идентификации, обучающиеся, по-видимому, до сих пор получают необходимую поддержку и вмешательство. В Гонконге Школьные Службы педагогической психологии, Бюро образования, Служба оценки детей и Служба охраны здоровья учащихся Министерства здравоохранения предлагают всестороннюю междисциплинарную групповую методику для выявления и оценивания сути проблем отдельных лиц и потребностей в обучении, например, учащихся с дислексией. Школьные службы педагогической психологии и Образовательное бюро предоставляют услуги, включая предоставление учащимся коррекционной, профилактической и развивающей помощи на разных уровнях образования, поддержку учителей и обучающихся. Данные услуги включают в себя: психолого-педагогическую оценку и вмешательство для обучающихся, консультации и повышение квалификации для учителей, проведение семинаров для родителей, а также профессиональные консультации по школьной политике и сотрудничеству между школой и семьей для удовлетворения потребностей обучающихся с дислексией.

Школам в Гонконге рекомендовано использовать трехуровневую модель вмешательства, в основе которой лежит подход «Реакция на вмешательство». Подход подразумевает многоуровневую систему профилактики и вмешательства, включающую в себя различные уровни интенсивности и индивидуализации в зависимости от потребностей учащихся. Прогресс обучающихся отслеживается, интенсивность или тип последующего вмешательства и поддержки часто корректируются по мере необходимости. Уровень воздействия, поддержки и индивидуализации возрастает в зависимости от интенсивности воздействия, если учащиеся не реагируют на инструкции. Обучающиеся также могут переходить на разные уровни поддержки и выходить из них в зависимости от их успеваемости. В соответствии с 3-уровневой моделью вмешательства поддержка 1-го уровня заключается в обеспечении качественного обучения для всех обучающихся в обычном классе путем постоянного анализа и мониторинга успеваемости обучающихся. Поддержка 2-го уровня включает «дополнительное» воздействие или обучение в малых группах или более интенсивное обучение. Для реализации 3-уровневой модели воздействия с 2011 года в школах реализуется 5-летний проект «Многоуровневая модель воздействия при изучении и преподавании китайского языка в начальных школах». Этот проект направлен на поддержку школ в развитии когнитивно-лингвистических навыков и навыков грамотности у учащихся младших классов начальной школы с 1 по 3 классы с помощью применения 3-х уровневой системы воздействия. Основная учебная программа для этой модели фокусируется на формировании трех уровней навыков: устная лексика и морфологические навыки (навыки устной речи), орфографические навыки и стратегии распознавания слов

(словарные навыки), беглость чтения, синтаксические навыки, понимание прочитанного и стратегии письма (текстовые навыки). Данная учебная программа построена на овладении базовых навыков и включает в себя сложные навыки на разных уровнях обучения и разработана с учетом меняющегося акцента на развитие на разных этапах формирования навыков грамотности. Недавние исследования, посвящённые изучению эффективности данной модели, показали, что поддержка 1-го уровня была эффективной в улучшении когнитивно-лингвистических навыков и навыков грамотности детей. Положительный эффект также сохранялся в конце 2-го класса. Кроме того, 18-58 % обучающихся с трудностями в обучении грамоте на 2-м уровне и 7 % обучающихся с дислексией в коррекционных группах 3-го уровня, которые изначально были ниже контрольного уровня, достигли контрольного уровня грамотности после получения воздействия в течение 1-2 лет. При постоянной поддержке Бюро образования предлагается внедрять эту модель сорока начальным школам в год. Школам предлагаются такие виды поддержки, как: участие в проведении обзорных встреч, проведение регулярных семинаров по повышению квалификации для учителей. Дополнительные ресурсы для школ также включают финансовые субсидии, грант на поддержку обучения, грант на повышение квалификации, грант на усиленную логопедическую терапию и так далее. Таким образом, школы могут эффективно интегрировать и внедрять ресурсы и материалы, разработанные для модели, в школьную программу изучения китайского языка, отвечающей потребностям всех обучающихся.

Помимо оказания специальной поддержки обучающимся в период обучения, в школах Гонконга создаются специальные условия для проведения экзаменов. Для устранения недостатков, вызванных дислексией, вместо тех, которые связаны с проверяемыми знаниями и навыками, учащиеся начальных и средних школ с дислексией имеют право подать заявку на специальные условия проведения экзаменов. С 2010 года были введены специальные процедуры проведения внутренних школьных и государственных экзаменов. Примеры таких мер включают: увеличение времени экзамена, увеличенный размер шрифта экзаменационных работ, использование компьютера при ответе на вопросы, использование вспомогательных средств, предоставление коротких перерывов во время экзамена, специальные места для сидения и экзамены, организуемые в альтернативном месте. Эти меры направлены на обеспечение справедливых и равноправных возможностей для учащихся с дислексией продемонстрировать свое обучение и достижение соответствующих результатов [55].

Необходимость признания неспособности к обучению в Китае актуальна: согласно исследованию, опубликованному в 2016 году Китайской академией наук, около 11 процентов учащихся начальных школ страны страдают дислексией, в общей сложности около 10 миллионов детей. Дислексия хорошо известна и хорошо изучена во многих западных странах, но осведомленность об инвалидности остается низкой на материковом Китае; без поддержки пострадавшие не могут конкурировать в школе, что подавляет их будущий потенциал [55].

Опыт США

В прошлом проблемы обучения и внимания не были в поле зрения общественности США. В 1905 году в первой публикации У.Э. Брунера сообщалось о детских трудностях с чтением [56]. Термин «дислексия» был введен в обиход только в 1930-х годах [56].

Принятый в 2004 году Закон об образовании для лиц с ограниченными возможностями (IDEA) повысил ответственность школьных округов и расширил права родителей. Еще одним важным элементом законодательства является согласование IDEA и NCLB [56]. В результате была введена система реагирования на воздействие (RTI) для оказания помощи обучающимся, испытывающим трудности, до того, как их направят на получение специальных образовательных услуг. В 2007 году исследователи из Университетского колледжа Лондона использовали визуализацию мозга, чтобы определить области мозга, которые работают по-разному, когда у людей есть проблемы с обучением, такие как дискалькулия.

В 2013 году Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам-5 (DSM-5) расширило определение неспособности к обучению (LD) до специфических трудностей в обучении (SLD). В 2015 году Конгресс США принял новое законодательство, известное как Закон о преуспевании каждого студента (ESSA) [56]. Этот закон предоставлял каждому штату возможность устанавливать свои собственные цели в отношении успеваемости учащихся в рамках гибких федеральных рамок. Способы, с помощью которых учащиеся идентифицировались как имеющие неспособность к обучению, с годами менялись. До недавнего времени наиболее распространенным подходом к диагностике учащегося с нарушениями в обучении было использование формулы «серьезного несоответствия». Это относилось к разрыву или несоответствию между интеллектом или способностями ребенка и его или ее фактической успеваемостью. В 2004 году повторное утверждение IDEA изменило способ определения LD. IDEA теперь требует, чтобы штаты приняли критерии, не требующие использования серьезного несоответствия между интеллектуальными способностями и достижениями при определении того, имеет ли ребенок конкретную неспособность к обучению. Кроме того, штаты должны разрешить местным образовательным учреждениям (LEA) использовать процесс, основанный на реакции ребенка на научное, основанное на исследованиях воздействие, а также на использование других альтернативных процедур, основанных на исследованиях, для определения того, имеет ли ребенок конкретную неспособность к обучению [56].

Подводя итог мировой опыт работы с детьми, имеющими поведенческие трудности и специфические трудности в обучении, можно сделать вывод, что вместо использования подхода с серьезными расхождениями для определения неспособности к обучению школы должны предоставлять обучающимся воздействие, основанное на исследованиях. Затем необходимо внимательно

наблюдать за успеваемостью обучающегося в зависимости от его реакции на выбранные виды поддержки.

Наиболее распространенные типы специфических трудностей обучения затрагивают области математики, чтения и письма. Неспособность к обучению лучше всего можно описать как наличие трудностей в академической успеваемости и связанных с этим областях обучения и поведения. Существует много причин возникновения специфических трудностей.

Дислексия – это неспособность к обучению, классифицируемая по дефициту в обучении чтению или пониманию слов, букв и других символов родного языка обучающегося [56]. Дислексия вызвана нейробиологическими дисфункциями в головном мозге. Это может быть унаследовано от родителей или быть результатом черепно-мозговой травмы, инсульта или слабоумия. Человек, у которого диагностирована дислексия, может испытывать трудности с пониманием букв, групп букв или символов, предложений или абзацев. Дислексию можно диагностировать с помощью ряда тестов, включая тесты на память, зрение, правописание и чтение.

Дисграфия – это тип неспособности к обучению, который влияет на способность человека к письму. Обучающиеся с дисграфией могут испытывать трудности, которые варьируются от неспособности формулировать мысли в текст, неразборчивого почерка, непоследовательного сочетания шрифта и курсива, верхнего и нижнего регистра, а также несбалансированного размера, формы и наклона букв. Кроме того, человек с дисграфией может испытывать трудности при копировании слов, может демонстрировать плохое пространственное планирование, может использовать непоследовательные интервалы между буквами или словами или может не завершать написание букв или знакомых слов. Дисграфия также может повлиять на способность человека думать и писать одновременно, что затрудняет ведение заметок.

Дискалькулия связана с частыми трудностями при выполнении повседневных арифметических задач, таких как определение времени, следование указаниям, соблюдение и составление расписаний, а также последовательность событий. Люди с дискалькулией допускают ошибки при различении левого и правого. Кроме того, обучающиеся с дискалькулией сталкиваются с трудностями при последовательном решении задач на сложение, вычитание, деление и умножение. Знание составления бюджета, финансовое планирование и оценка цифр является ежедневной проблемой для людей с дискалькулией [56].

Необходимо отметить, что некоторые зарубежные страны (28 государств членов) придерживаются «Европейского устава по дислексии» [57]. Далее даны выдержки из данного Устава.

Согласно исследованию, проведенному разработчиками устава, по всей Европе наблюдается значительная несогласованность. Необходимо разработать четкие руководящие принципы, которые помогли бы каждой стране лучше служить своему народу. Даже страны, которые, как считалось, имеют более глубокое понимание дислексии, очевидно, могли бы добиться большего успеха. Слишком много людей с дислексией не реализуют свой потенциал в школе или

на работе. ЕС может оказать огромное положительное влияние на тех, кто борется с этим заболеванием (50-100 миллионов).

Некоторые европейские языки являются более сложными для изучения – французский, датский, английский, (славянский) болгарский, польский и т.д. Эти языки имеют сложные языковые правила, например, пол, беззвучные буквы, отсутствие единообразия, сложные грамматические правила и т.д. Следовательно, эти языки проблематичны для изучения обучающимся с дислексией. Другие языки ЕС легче выучить для людей с дислексией, например, немецкий, итальянский, испанский и т.д. Эти языки имеют более простые грамматические структуры, меньший словарный запас и т.д.

Ключевой момент заключается в том, что это не означает, что в странах с более легкими для изучения языками, наблюдается меньшее количество лиц с дислексией. Дело в том, что в данных странах, лица с дислексией не так заметны. Они все еще борются с организованностью, концентрацией, кратковременной памятью, низкой производительностью, самооценкой и т.д.

Некоторые исследователи в области здравоохранения предположили, что грамотность может быть важным посредником между социально-экономическим неравенством и диспропорциями в области здравоохранения. После контроля уровня образования и дохода взрослые с ограниченной медицинской грамотностью гораздо чаще попадают в больницу, пользуются неотложными медицинскими услугами и плохо справляются с хроническими заболеваниями. Участники программ Medicare и Medicaid с ограниченными навыками грамотности имеют значительно более высокие расходы на здравоохранение, особенно на экстренные службы, чем участники с достаточной грамотностью. Подсчитано, что диспропорции, связанные с медицинской грамотностью, обходятся системе здравоохранения США более чем в 50 миллиардов долларов в год.

В Соединенном Королевстве в 2004 году «общие затраты для государственного бюджета, связанные с неспособностью овладеть базовыми навыками грамотности в начальной школе, составили от 5000 до 64000 фунтов стерлинга на человека в течение года, что составляет в общей сложности от 198 миллионов до 2,5 миллиардов фунтов стерлингов в год». Эксперты отмечают, что без выявления и эффективного воздействия последствия дислексии могут быть значительными и длительными не только для отдельного человека, но и для общества в целом. Данные последствия включают в себя: социальные издержки, безработицу, связанные с этим проблемы с психическим здоровьем и программы по коррекции нарушений, а также расходы, связанные с антиобщественным поведением, таким как злоупотребление наркотиками, самоубийства, ранняя беременность и, что наиболее важно, привлечение к уголовной ответственности.

Около 14% учащихся Америки страдают дислексией, что еще хуже, большинство из этого процента приходится на школьные округа с высоким уровнем бедности и низким доходом. BeginToRead, корпорация WriteExpress, опубликовала две настораживающие статистические данные: 85% всех несовершеннолетних, находящихся в заключении, неграмотны, 60% из 2,4

миллионов человек (США), находящихся в заключении, вероятно, страдают дислексией.

В Великобритании отсутствует обязательный скрининг дислексии таким образом, ребенок должен постоянно терпеть неудачи в учебе в течение многих лет, прежде чем будут рассмотрены вопросы выявления и воздействия.

По данным Фонда Дислексии санкционированные государством публичные «унижения и издевательства» приводят к тому, что дислексики бросают учебу, 80% прогульщиков страдают дислексией [57].

Лица с дислексией неспособны достичь социально принятых целей богатства/успеха с помощью социально сконструированных норм. Эта ситуация оказывает большое давление на людей, вынуждая их добиваться материального успеха незаконными средствами (корыстные преступления), чтобы избежать клейма неудачника.

По мнению экспертов, необходимо...к оценке дислексии, так как у миллионов людей не выставлен диагноз «дислексия» ввиду отсутствия государственной службы оценки [57].

Необходимо создавать рабочие места и поддерживать сотрудников с дислексией во время работы. Слишком много безработных с дислексией (по данным Фонда дислексии 40 % безработных имеют дислексию [57]). Крупные работодатели должны понимать ценность найма людей, которые являются нейроразнообразными. Необходимо определить компании, которые используют позитивную поддержку лиц с дислексией на своих рабочих местах в рамках собственной системы корпоративной социальной ответственности. Позитивная поддержка, оказываемая лицам с дислексией на рабочем месте, должна гарантировать им, что они реализуют свой потенциал, тогда как в настоящее время они занимают должности ниже своих возможностей. Необходимо поддерживать непрерывное профессиональное развитие сотрудников, имеющих дислексию [57].

Несмотря на то, что технологии стали настоящим благом для людей с дислексией, многие из них не могут себе этого позволить или не обладают базовыми навыками грамотности, чтобы эффективно ими пользоваться. Поэтому необходимо разработать и внедрить четкую стратегию поддержки. Программное и аппаратное обеспечение должно быть доступно для поддержки лиц с дислексией на протяжении всего периода обучения и при трудоустройстве.

Необходимо также проверять всех правонарушителей на наличие дислексии сразу после поступления в службу уголовного правосудия и обучать навыкам грамотности/математики тех, у кого диагностирована дислексия, у специализированных учителей. Кроме того, необходимо обеспечить обучение дислексии для всего тюремного персонала, работников службы пробации, адвокатов, судей и тюремных педагогов.

Если трудности, связанные с дислексией, полностью распознаны, поняты и уверенно раскрыты другим людям, и если будет оказана соответствующая поддержка в виде обучения навыкам и консультирования, то тем более вероятно, что человек с дислексией станет более защищенным и более способным, как в профессиональной, так и в социальной жизни, уверенно противостоять миру в

напористой и уверенной манере, а не в агрессивной и оборонительной. Необходимо предотвратить продолжение жестокого обращения и пренебрежения к европейскому населению, страдающему дислексией (50-100 миллионов человек). Выгоды от принятия необходимых мер значительно улучшат жизнь многих миллионов людей и сообществ, в которых они проживают. Если не будут осуществлены перемены, то массовая трата денег, ресурсов и жизней будет продолжаться. По данным Института Дислексии Великобритании, данная возможность позволит продемонстрировать Парламенту ЕС положительный пример для других стран по принятию позитивных изменений для своих сообществ [57].

Опыт организации инклюзивной образовательной среды с учетом поведенческих трудностей в обучении

Расстройства аутистического спектра (далее – РАС) – особый вид нарушения психического развития, который характеризуется качественными нарушениями социального взаимодействия, качественными нарушениями вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченными, повторяющимися и стереотипными формами интересов, поведения и видов деятельности [59]. РАС – одно из наиболее частых нарушений развития: по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), аутизм встречается примерно у 1% населения. Его принято считать клинической моделью искаженного психического развития, в основе которого лежит асинхрония: некоторые функции развиваются задержанно, тогда как другие – патологически ускоренно, в результате чего клиническая картина РАС становится исключительно полиморфной. Ситуация усугубляется тем, что не менее чем в 90% случаев РАС сочетаются с другими нарушениями развития: интеллектуальной недостаточностью (до 70-75%), эпилепсией (до 30-35% к 20-25 годам), синдромом дефицита внимания и гиперактивности (20-25%), детским церебральным параличом (до 5-20%), речевыми нарушениями и др. За рубежом попытки использовать традиционные методы общей и специальной педагогики в 1950-1960-е годы оказались неуспешными, также как попытки «вылечить» аутизм с помощью медикаментозной терапии. Начиная со второй половины 1960-х годов в США и некоторых странах Западной Европы появились специальные методы коррекции аутизма, стало развиваться образование детей с РАС [59].

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

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

1. поведенческие подходы;
2. развивающие подходы;

3. сенсорно-перцептивные подходы;

4. эклектичные подходы.

Рассмотрим основные подходы в обучении детей с поведенческими трудностями более детально [59].

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

АВА (Applied Behavior Analysis) – прикладной анализ поведения (США). Разработан коллективом авторов: Ivar Lovaas, Donald Baer, Sidney W. Bijou, Jim Hopkins, Jay Birnbrauer, Todd Risley, and Montrose Wolf [59].

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

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

Также АВА-терапия занимается коррекцией проблемного поведения, которое мешает нормальному функционированию ребенка, посредством процесса, называемого «функциональная оценка поведения» [59].

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

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

1. навык выражения просьбы, который является наиболее важным навыком, т. к. его предворяет мотивация, а в итоге ребенок получает желаемое;
2. навык обозначения предметов: назвать то, что ребенок видит, слышит, обоняет, осязает, вкус чего чувствует;
3. подражательный навык – повторить услышанные слова (эхо);
4. интравербальный навык – это умение отвечать на вопросы.

Также вербально-поведенческий подход рассматривает невербальные навыки ребенка. Обучение начинается с освоения навыка выражения просьбы [59].

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

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

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

PRT обучает родителей использовать терапию в естественной среде ребенка. Естественные и целевые системы вознаграждения помогают родителям реализовать их со своим ребенком. PRT-терапевты взаимодействуют с детьми в

игровой среде. Во время игры взрослый поощряет значимое социальное поведение. Поощрение всегда связано с логикой ситуации. Например, на вопрос «Какого цвета?» ребёнок ответил «Жёлтый», и в качестве поощрения он получает жёлтый карандаш или фломастер, которым он может порисовать.

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

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

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

PRT зарегистрирован Национальным исследовательским советом как одно из десяти модельных программ для аутизма и является одним из четырех научно обоснованных практик для оказания воздействия на лиц с аутизмом в США (Simpson, 2005) [59].

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

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

1. максимально развить независимость ребенка;
2. помочь ребенку эффективно взаимодействовать с другими;
3. увеличивать и развивать интеллектуальные навыки, школьные умения и индивидуальные способности;
4. стимулировать генерализацию навыков (все новые навыки, которые ребенок может максимально часто и эффективно использовать в разных ситуациях дома, в саду, школе);
5. развивать чувство собственного «Я», понимания себя (развитие эмоциональной сферы).

Работа с детьми проводится в следующих сферах: имитация; восприятие; крупная и мелкая моторика; координация глаз и рук; элементарная познавательная деятельность; речь; самообслуживание; социальные отношения. Основная возрастная группа – от 3–14 лет (с речевым развитием, соответствующим 5-летнему возрасту) [59].

РАЗВИВАЮЩИЕ ПОДХОДЫ

DIR Floortime (США)

Автор: Стэнли Гринспен

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

Флортайм – метод семейной психотерапии. На встречу с психологом приходит тот, кто больше времени проводит с ребенком. На сеанс приглашают

братьев (сестер), если у ребенка есть трудности в общении с ними. Терапию начинают с самыми маленькими детьми (до года), проводят с подростками и со взрослыми (в этом случае вместо игры проводится специально построенная беседа [59]).

Son-Rise (США)

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

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

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

Что даёт программа Son-Rise:

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

Считается, что присоединение взрослого к стереотипному поведению ребенка даёт ключ к пониманию такого поведения. Это облегчает установление зрительного контакта, развивает взаимодействие и даёт возможность включиться в игру ребенка. То есть, здесь взрослый не разбивает аутичный мир ребёнка, а как бы присоединяются к нему, даёт аутичным действиям новое понимание и осмысленность.

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

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

Окружающая среда ребенка — это игровая комната с минимальным количеством стимулов, предметов, интересных для него. Таким образом, обеспечивается комфортная, безопасная обстановка. Близкие взрослые по очереди находятся с ребенком в игровой комнате, занимая выжидательную позицию, проявляя интерес к его действиям, следуя за его инициативой и вовлекаясь в его деятельность (включая любые стереотипы, аутостимуляции). При этом исключаются любые способы навязывания собственных интересов.

Например, ребёнок фанатично стучит по всем предметам, ему не только это разрешается, но и даются дополнительные предметы, предлагается новый опыт – постучи молоточком, погремущкой, трубочкой и т.д.

Проявление такого «уважения» стимулирует ребенка к взаимодействию со взрослым. По мере того, как у ребенка формируются контакты и привязанности к близким людям, инициатива может переходить к взрослым людям. Таким образом, работа строится поэтапно: от самостоятельной стереотипной деятельности, основанной на собственных интересах ребенка, к простейшим формам опосредованного взаимодействия с матерью и другими близкими, а затем — к более сложным формам общения с более широким кругом людей; от ограниченного пространства и минимального количества внешних сенсорных стимулов — к постепенному расширению среды и насыщению ее стимулами. Методика является социально-направленной, так как предусматривает вовлечение в общение с ребенком как самых близких людей, так и обученных специалистов и единомышленников программы. Одновременно она требует полной самоотдачи кого-то из близких и педагога, так как ребёнок не должен ни секунды находиться вне контроля взрослого, и подключение к деятельности ребёнка производится постоянно. Ребёнок всегда ждёт инициативы со стороны второго участника общения.

Данная методика не подходит для коррекции сложных расстройств аутистического спектра и для коррекции детей старше пяти лет. Она также не применима к детям, имеющим ярко выраженные аффективные всплески [59].

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

Автор: Кийо Китахара.

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

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

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

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

В школе проводятся массовые детские праздники, мероприятия. Программа базируется на «трёх столпах»: физической выносливости, эмоциональной стабильности и интеллектуальной стимуляции, которые предоставляют множество возможностей для роста, таких как осознание тела, самоконтроль, социальное развитие, стабилизация настроения или успеваемость [59].

Эмоционально-смысловой подход к коррекции РАС (Российская Федерация)

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

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

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

Подход предполагает установление эмоционального контакта с ребенком и вовлечение его во взаимодействие с совместным проживанием и осмыслением происходящего. Развитие в эмоциональной общности с близким взрослым позволяет ребенку стать более выносливым, активным и заинтересованным, совместное осмысление и организация жизненного опыта дает ему большую свободу и конструктивность в контактах с окружением, открывает возможность продвижения в развитии когнитивной сферы [59].

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

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

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

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

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

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

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

RDI позволяет со временем совершать нейрокогнитивные изменения, которые дают человеку навыки, необходимые для самостоятельного решения жизненных задач. Развив эту способность к динамичному мышлению, человек получает возможность повысить качество жизни: общаться, дружить, приобрести уверенность в себе, независимую жизнь, длительные отношения и значимую занятость [59].

СЕНСОРНО-ПЕРЦЕПТИВНЫЕ ПОДХОДЫ

Ayres Sensory Integration – сенсорная интеграция (США).

Автор: Джин Айрес – трудотерапевт (Калифорния).

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

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

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

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

ASI базируется на следующих принципах:

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

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

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

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

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

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

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

- эффективность коррекционной работы определяется тем, начал ли ребенок продуктивнее справляться с ранее непосильными ему жизненными задачами [59].

Томатис-терапия (Франция)

Авторы: Альфред Томатис – французский врач отоларинголог.

Томатис-терапия является средством стимуляции активности мозга путем использования полифонического звучания музыкальных средств. На основе аудиограммы человека и за счёт того, что отфильтровываются определённые частоты (высокие, низкие или средние), составляются индивидуальные программы, которые позволяют развивать мозг, тренируя его посредством прослушивания музыки на определённых частотах.

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

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

Применение метода.

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

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

Принцип методики.

Ребенок или взрослый надевает беспроводные наушники, так называемые «электронные уши», в которых звучат специально обработанные музыкальные композиции. В основном, это музыка Моцарта или григорианского хора, так как в ней много высоких частот. Пока звучит мелодия, человек может делать что угодно: играть, рисовать, заниматься рукоделием и т. д. Занятие длится 1,5 – 2 часа.

Что же в это время происходит во внутреннем ухе?

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

1. Сначала звук попадает на барабанную перепонку.

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

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

В каждом конкретном случае характеристики звукового сигнала, передаваемого через «электронные уши», подбираются индивидуально, в зависимости от нарушений, которые необходимо корректировать [59].

ЭКЛЕКТИЧНЫЕ ПОДХОДЫ

SCERTS (США)

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

SCERTS – это образовательная модель для работы с детьми с РАС и их семьями. Она содержит конкретные рекомендации, направленные на то, чтобы помочь ребенку стать компетентным и уверенным социальным коммуникатором, одновременно предотвращая проблемы поведения, которые мешают его обучению и развитию отношений. Данный метод также призван помочь семьям, преподавателям и терапевтам работать совместно, тщательно скоординированным образом, чтобы добиться максимального прогресса в поддержке ребенка.

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

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

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

- TS – транзакционная поддержка: разработка и внедрение поддержки, помогающей партнерам реагировать на потребности и интересы ребенка, изменять и адаптировать среду, а также предоставлять инструменты для повышения уровня обучения (например, обмен изображениями, письменные графики и сенсорная поддержка) [59].

The Miller Method – метод Миллера (США)

Автор: Арнольд Миллер

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

- оценивает адаптивные признаки нарушенного детского поведения;
- предполагает перевод нарушенного поведения в функционально активное;
- делает попытки расширять опыт взаимодействия и выводить детей из замкнутого образа жизни (жизни в одиночестве или в ближайшем кругу, например, только с родителями) в активное социальное взаимодействие;

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

Метод Миллера использует две основные стратегии, направленные на процесс развития: одна включает в себя трансформацию поведенческих систем, отклоняющихся от нормы, в функциональное поведение; другая стратегия – это систематическое, регулярное использование в процессе развивающих занятий определенных видов деятельности с участием объектов и людей [59].

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

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

Автор: Дженет Мак Афи (Jeanette McAffe)

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

Основной принцип, заложенный в программе: цели разбиваются на небольшие подцели, или задачи. Программа включает в себя техники из: прикладной поведенческой терапии, когнитивно-бихевиоральной терапии, трудотерапии и других. Базовая программа разбита на 20 блоков, каждый из которых нацелен на выработку определенного навыка. Блок может длиться от месяца до года. Основной акцент дается на генерализацию навыка в применении в бытовой ситуации, проработке навыка совместно со специалистом и родителями [59].

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

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

Данная программа направлена на формирование понимания эмоций и причин эмоций, понимания механизмов получения информации и развитие игровой деятельности [59].

Научи меня говорить (Teach Me Language) (Канада)

Коллектив авторов: Сабрина Фриман, Лорелей Дейк (Канада)

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

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

наглядность, т.е. предполагается, что дети, занимающиеся по этой методике, лучше воспринимают зрительную информацию, чем слуховую. Методика для детей, готовых работать за партой. Начинать работать по методике хорошо тогда, когда ребенок уже научился односоставному или двусоставному предложению и умеет отвечать на простейшие вопросы «что это?», «кто это?», «где?» и др. Для невербальных детей, методика может быть действенной, если они используют систему обмена изображениями, планшет или язык жестов на достаточно хорошем уровне. Упражнения, предлагаемые в методике «Научи меня говорить» помогают ребенку перейти от простой к более сложной фразе, вести несложную беседу [59].

Программы и методики для неговорящих детей с РАС Picture exchange communication system - PECS (коммуникационная система обмена изображениями) (США)

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

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

На начальном этапе обучение осуществляется при помощи 2-х взрослых. Сначала определяются наиболее сильные факторы мотивации (например, еда, напиток, любимая игрушка или вид деятельности ребенка). Затем подготавливается карточка с изображением соответствующего объекта. Один взрослый показывает ребенку желаемый предмет. Как только ребенок дотягивается до него, второй взрослый помогает ребенку подхватить обозначающую карточку и вложить ее в руку другого взрослого. Никакие вербальные подсказки не используются, но ребенка много хвалят, когда он дает карточку, и ребенок получает желаемый предмет. После нескольких подобных обменов, ребенок начинает понимать его смысл. Когда ребенок осваивает первый навык, задание усложняется. Добавляются другие карточки, в т.ч. с текстом (например, «Я хочу»), уменьшается помощь.

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

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

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

PECS PHASE III: Дискриминация изображения. Ребенок с аутизмом учится выбирать из двух или более картин, чтобы просить их любимые вещи. Они

помещаются в альбом со специальными полосками на липучке, где карточки хранятся и легко извлекаются для связи.

PECS PHASE IV: Структура предложений.

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

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

PECS PHASE VI: Комментирование. Теперь ребенка с аутизмом учат комментировать в ответ на такие вопросы, как: «Что вы видите?», «Что вы слышите? Что это? Они учатся составлять предложения, начиная с того, что я вижу, я слышу, я чувствую, это и т. д. [59].

Опыт США

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

Примером проекта, распространяющегося на один штат, стала «Программа лечения и обучения детей с аутизмом и другими недостатками общения», основанная в 1972 году в Северной Каролине. В этом штате до сих пор функционируют один из наиболее известных центров помощи и подготовки специалистов так называемого эклектичного подхода, который включает в себя применение специально разработанных материалов для структурированного обучения и интенсивную работу с родителями [60].

Несколько центров были созданы с внедрением технологий поведенческого анализа, среди них «Молодежный проект аутизма» Университета Калифорнии в Лос-Анджелесе (1970), использующий метод интенсивных индивидуальных занятий в объеме 40 часов в неделю в течение 2-3 лет. Кроме того, в 70-80-е годы были разработаны поведенческие методы, использующие более естественный подход к обучению, например, «Метод обучения опорным навыкам» и «Метод случайного обучения». В 1981 году была предложена «Денверская модель раннего начала», которая учитывает принципы развития детей и активно применяется в раннем возрасте [60].

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

В 1975 году был принят Акт об образовании для всех детей-инвалидов (закон 94-142), который гарантировал право любого ребенка на бесплатное адекватное обучение в наиболее благоприятной (ненасильственной) среде. В настоящее время этот закон ратифицирован всеми штатами и с 1990 года

действует под названием «Акт об образовании лиц с ограниченными возможностями в развитии» (последняя редакция 2004 года). Согласно акту, каждый житель США должен получать бесплатное раннее воздействие, образование и все сопутствующие услуги до 21-летнего возраста. В законе есть специальное упоминание об аутизме.

Для людей более старшего возраста и детей с РАС, которые по каким-либо причинам не попадают под действия акта об образовании инвалидов (например, нет необходимости в создании специальных условий обучения для того, чтобы ребенок успешно переходил из класса в класс), действуют Акт об американцах с ограниченными возможностями в развитии и 504 параграф акта о реабилитации, которые запрещают дискриминацию по инвалидности и гарантируют одинаковый для всех доступ к услугам, в том числе образовательным. Согласно этим законам, могут быть осуществлены такие модификации обучения, как изменения в учебной программе, организация транспорта, приоритет в выборе места в классе и разрешение приходить в школу и уходить из школы раньше или позже, чтобы избежать большого скопления людей. Эти законы также запрещают наказывать ребенка за поведение, если оно вызвано особенностями его состояния (например, наказывать ребенка с повышенной чувствительностью к звукам за самовольный уход из класса во время учебной тревоги с включением сирены). Однако, школы обязаны самостоятельно выявлять потребности и обеспечивать особые условия только для детей, обучение которых регулируется Актом об образовании лиц с ограниченными возможностями.

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

В АВА ставится задача максимально возможной социальной адаптации (семья; образовательные учреждения: школа, колледж; производство; общественные места: транспорт, магазины, банки, учреждения культуры и т.д.; при необходимости – учреждения социальной защиты и т.д.), что должно достигаться через овладение как можно большим числом навыков (опрятности, самообслуживания, общения, речи, учебных, профессиональных и т.д.) на основе интенсивного применения (до 35-40 часов в неделю) методов оперантного обусловливания. В коррекционной работе внутренние особенности психики детей с аутизмом в некоторой степени учитываются, однако основная, решающая роль в формировании социально приемлемого поведения отводится внешним факторам – организованным в мотивирующую систему различным видам стимулов (запускающих, помогающих вызвать требуемую реакцию, подкрепляющих).

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

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

Широкое распространение АВА ограничено также его высокой стоимостью (в 3-4 раза больше, чем обучение ребенка с нормативным психическим развитием), однако, как показывают расчеты, при квалифицированном использовании АВА за счет снижения процента лиц с инвалидностью и уменьшения числа нуждающихся в постоянном пожизненном уходе в условиях специальных интернатов государство экономит за 50-60 лет до 1 миллиона долларов в среднем на каждого человека с аутизмом.

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

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

Крупнейшим фондом в США является созданный в 2005 году Autism Speaks. Его основные функции – финансирование исследований в области аутизма и повышение информированности населения о РАС. Кроме того, он издает руководства для родителей и специалистов и недавно опубликовал видео-гlossарий, при помощи которого можно распознать ранние признаки РАС. Одной из старейших организаций является Общество аутизма. Появившееся в 1965 году по инициативе родителей детей с аутизмом, оно сейчас представлено 150 филиалами по всей стране и оказывает юридическую, информационную и организационную поддержку семьям и людям с РАС. Раз в квартал выходит журнал Autism Advocate. Также существуют несколько организаций представления собственных интересов, которые объединяют людей с РАС, например, глобальное и региональное партнерство лиц с синдромом Аспергера [60].

Опыт Чехии

Официальный орган власти или институт, ответственный за разработку подходящего учебного плана для детей с РАС – Центр консультирования по социальной помощи для детей с особыми образовательными потребностями под руководством Министерства образования. Качество обучения различается, отмечаются как очень высокие стандарты, так и неудачные подходы к обучению. Имеет место низкая осведомленность об особенностях РАС и потребностях людей с данными психологическими характеристиками [60].

Опыт Великобритании

Официальным органом власти или институтом, ответственным за разработку подходящего учебного плана для детей с особыми образовательными потребностями являются местные органы образования под руководством Департамента образования [60]. В сфере образования существуют нерешенные задачи относительно инклюзивного образования. Наблюдается недостаток квалифицированных кадров (очень низкие заработные платы не стимулируют развитие в данной области). Объединение родителей, созданное в 1962 году, переросло в Национальное Общество по Аутизму (NAS). Также на региональном уровне существуют небольшие объединения, предлагающие социальные услуги. С 2003 года действует Национальный план по аутизму.

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

В связи с этим активно развивается система комплексной помощи лицам с РАС. Ее формирование и эффективное функционирование осуществляется благодаря совместным усилиям государства, государственных организаций, благотворительных общественных организаций.

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

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

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

осуществляется Национальным обществом помощи лицам с РАС – National Autistic Society (NAS).

Стратегия по аутизму направлена на:

- обеспечение полноценной и плодотворной жизни;
- создание условий для обучения всех категорий специалистов по вопросам аутизма;
- создание местных комиссий по аутизму;
- улучшение планирования и предоставления услуг, в том числе вовлечение самих людей с аутизмом и их родителей/близких в этот процесс;
- улучшение доступа к диагностике;
- создание национальных, региональных и местных структур по улучшению доступа к службам помощи. Государственная программа «Думай об аутизме» (2014) направлена на:
 - обеспечение людям с РАС таких же возможностей, как и у неаутичных людей;
 - осуществление подходящей поддержки для достижения своих целей;
 - повышение информированности общества и государственных учреждений (включая полицию и пенитенциарную систему) путем проведения общественных кампаний.

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

- равноправное участие в сообществе;
- подходящую поддержку в нужное время на протяжении всей жизни;
- развитие навыков и независимости;
- получение работы в соответствии со способностями [60].

Опыт Шотландии

Официальный орган власти или институт, ответственный за разработку подходящего учебного плана для детей с особыми образовательными потребностями – Департамент образования, однако учебный план может быть разработан при участии Департамента здравоохранения. Многие дети с РАС переводятся для лечения и развития в другие регионы из-за отсутствия специалистов и экспертных знаний в определенных районах [60].

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

Рамка для участия (The framework for participation)

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

L. Florian, K. Black-Hawkins и M. Rose (2017) в исследовании успеваемости и инклюзии в организациях образования Великобритании для структурирования сбора данных и их анализа, а также, для презентации данных исследования. Данная рамка развивалась в течение нескольких лет (Black-Hawkins, 2010, 2014). Её оригинальная версия изучала взаимоотношение между инклюзией и

успеваемостью в школах, как в организациях, но вскоре она была адаптирована для изучения деталей этого взаимоотношения, как было продемонстрировано учителями на школьных уроках (Florian, K. Black-Hawkins, 2011).

Рамка изменила решения ученых об интервью (кого интервьюировать, что спрашивать), наблюдения (кого наблюдать, где, что записывать), о документационных/архивных ресурсах (что собирать) и статистические данные (что использовать). Она позволила ученым тщательно исследовать политику, практику, ежедневные взаимодействия, которые создают жизнь в любой школе, и изучить основные темы и проблемы, поднимаемыми учеными по теме инклюзии и успеваемости. В частности, ученые хотели изучить, как понимаются инклюзия и успеваемость, а также схожие понятия (специальные образовательные потребности, ограничения, социально-экономический статус, национальность и пол, также способность, успеваемость, стандарты, достижения, прогресс и т.д.) и как они понимаются широким кругом лиц в школе, последствия различных понятий. Таким образом, ученые были заинтересованы в понимании членами школами понятий «такой же» и «другой» (Florian, 2007) и «большинство и некоторые, и все» (Florian, K. Black-Hawkins, 2011). Подробнее о Рамке для участия можно ознакомиться в Приложении 1.

Опыт Испании

Пилотный проект по выявлению случаев аутизма на ранней стадии с использованием М-СНАТ (модифицированный скрининговый тест на аутизм) был запущен в нескольких регионах. Большая доля специализированных школ управляется группами родительской поддержки. Дети обучаются не только по государственным, но и по частным образовательным программам, а также в специализированных центрах дневного ухода. Существуют многочисленные ассоциации, две национальные федерации родителей детей с РАС. Все они автономные и независимые. Даже если они являются частью федерации, они самостоятельно собирают данные и формируют статистику [60].

Опыт Франции

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

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

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

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

Третий план по решению проблем аутизма (2013-2017). О реализации третьего плана по аутизму было объявлено 2 мая 2013 года заместителем министра здравоохранения по делам лиц с ограниченными возможностями Мари-Арлетт Карлотти, предложившей десять неотложных мер для введения в практику до 2017 года, среди которых были такие меры, как введение всеобщей ранней диагностики в возрасте полутора лет по месту жительства, создание 700 мест для специального образования в дошкольных учреждениях с целью дальнейшей интеграции детей с аутизмом в обычные начальные школы [60].

Опыт Мальты

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

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

Существует специальная программа EDEN, разработанная фондом EDEN. С 2002 года она была аккредитована Национальным обществом по аутизму

Великобритании. Дети с посещают специальные занятия 1-2 раза в неделю, в вечернее время, специальные занятия, а также поддерживаются школой и местными общественными организациями. Данная программа субсидируется государством, но полностью не обеспечивается им. Она нацелена, прежде всего, на инклюзивное обучение, поскольку большая часть детей с РАС посещает обычные школы. Только 0,4% детского населения посещает специализированные школы. 80% детей с РАС посещает обычные общеобразовательные школы. Сотрудники фонда EDEN посещают школы с целью контроля подходов к обучению и поддержке учеников с РАС [60].

Опыт Польши

Отсутствует официальный институт, разрабатывающий образовательную программу для детей с РАС. Имеется много случаев индивидуального домашнего обучения детей с РАС. Существует Национальная Ассоциация аутистов с 14 центрами по всей стране. Кроме этого, имеется много групп поддержки и объединений родителей детей с РАС – в целом, около 40. Однако между ними нет эффективного взаимодействия, отсутствует слаженность в работе. В итоге становится очевидным, что в Европе лишь небольшое число стран проявило интерес к исследованию организации обучения лиц с аутизмом, однако наиболее глубокий анализ был проведен в Великобритании [60].

Опыт Израиля

ALUT (Израильское общество помощи детям с аутизмом, по словам израильских коллег, аналог российского Фонда содействия решения проблем аутизма «Выход») планирует расширить услуги Центра аутизма для того, чтобы создать национальный центр качества, который будет предоставлять высококачественные услуги по диагностике, лечению, планированию и клиническим исследованием новых многообещающих методов лечения аутизма. Национальный центр аутизма будет предлагать возможности для удовлетворения комплексных потребностей детей с аутизмом. По мере того, как новые достижения в области изучения мозга, молекулярной биологии, генетики, фармакологии и поведенческих наук будут обогащать наше понимание и подходы к аутизму, Центр будет обобщать знания из разных наук, чтобы проводить совместные исследования в различных научных учреждениях Израиля. Основная цель Центра – уникальная позиция, которая позволит получать преимущества исключительных экспертных компетенций научного сообщества и помогать исследователям из разных областей углублять знания об аутизме. Международное сотрудничество также является возможным и поощряется. Кроме того, Центр будет служить информационным ресурсом для оценки и лечения аутизма по всей стране [60].

Опыт Дании

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

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

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

Описанная система работает устойчиво не только в связи с высоким жизненным уровнем страны, но в связи и с некоторыми другими особенностями, прежде всего с исключительно гуманным отношением к лицам с ограниченными возможностями, в том числе к людям с аутизмом. Считается, что нужно помогать человеку с аутизмом, но нельзя требовать от него больше, чем он может, так как это может обидеть его, ущемить его человеческое достоинство, нарушить его человеческие права. Поэтому стремление к максимальной реализации всех возможностей воспитанника проявляется крайне осторожно, и, по мнению российских специалистов, нередко ставятся заниженные цели и задачи коррекционной работы. Такая позиция прекрасно вписывается в ТЕАССН – программу [60].

Опыт Швеции

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

Программа включает:

- первичный прием (общее обследование и диагностику);
- нейропсихиатрическое обследование;
- «кризисное вмешательство»;
- работу с семьей;
- практическую и финансовую поддержку семьи (включая группы семейной разгрузки);
- обучение родителей (включая специальные классы);
- физическое воспитание;
- фармакотерапию;
- психотерапию;
- поведенческую терапию;
- интегрированный подход (реализуется абилитационной командой) [60].

Опыт России

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

«вылечить» аутизм с помощью медикаментозной терапии. Начиная со второй половины 1960-х годов в США и некоторых странах Западной Европы появились специальные методы коррекции аутизма, стало развиваться образование детей с РАС.

В РФ становление образования обучающихся с РАС началось на 20–25 лет позднее и утверждено как самостоятельное направление образования лишь в 2012 г. с принятием закона «Об образовании в Российской Федерации». Вскоре появились Федеральные государственные общеобразовательные стандарты (ФГОС) начального общего образования (НОО) обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), включая РАС (приложение 8; далее — ФГОС НОО РАС), и дошкольного образования (ДО; далее — ФГОС ДО РАС), а также соответствующие примерные адаптированные основные образовательные программы (АООП).

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

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

Разработчики ФГОС НОО (РАС) предложили:

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

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

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

(в) возможность получения образования как в условиях инклюзии, так и в специальных образовательных структурах (школах, классах и др.). Для каждого

варианта установлен фиксированный процент обязательной части программы (от 60%), на коррекционную работу отводится до 10 часов в неделю.

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

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

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

В пункте 1 ст. 1.2 указано, что необходимо «...понимание (рассмотрение) детства как периода жизни, значимого самого по себе, без всяких условий; значимого тем, что происходит с ребенком сейчас, а не тем, что этот период есть период подготовки к следующему периоду». Как рассматривать детство ребенка с аутизмом, не учитывая такое важнейшее условие, что у него аутизм, что потребность в общении или отсутствует (но есть, как писал американский психиатр Л. Каннер, первым описавший синдром раннего детского аутизма, «экстремальное стремление к одиночеству»), или снижена и искажена? Если при типичном развитии и при большинстве видов ОВЗ подготовка к последующим этапам развития происходит в основном не выражено, прежде всего через подражание (сначала спонтанное, потом произвольное) и в форме игры, при аутизме, однако, на уровне диагностически значимого признака отмечаются «нарушения в ролевых и социально-имитативных играх». Как тогда выполнять п. 4 ст.1.2, согласно которому занятия должны проводиться «прежде всего в форме игры».

Необходимо подчеркнуть и тот факт, что склонные к стереотипным формам отношения к окружающему дети с аутизмом трудно воспринимают даже относительно небольшие изменения в окружении. Как будет воспринят переход к школьному обучению, если ребенка к этому предварительно не готовить?

Приведем пример. Никита Л., 3 года 6 месяцев. Диагноз: атипичный аутизм. Данные психолого-педагогического профиля. В следующей таблице приведены некоторые результаты тестирования по PEP-3 (Psychologico-educational Profile, 3d edn. — метод, специально разработанный для оценки развития детей с аутизмом) [58] (См. Табл. 5).

Таблица 5 – Результаты тестирования по PEP-3 (Psychologico-educational Profile, 3d edn)

Показатель	Психический возраст
Вербальный/невербальный интеллект	2 г. 3 м.
Экспрессивная речь	1 г. 6 м.
Понимание речи	1 г.
Тонкая моторика	1 г. 6 м.
Общая моторика	3 г. 8 м.
Зрительно-двигательное подражание	1 г. 9 м.
Навыки самообслуживания	3 г. 9 м.

Мальчик по пониманию речи соответствует младенческому этапу детства, по экспрессивной речи, тонкой моторике и зрительно-двигательному подражанию — раннему возрасту, по общей моторике и навыкам самообслуживания — дошкольному детству. Используя общепринятые методы статистического обсчета, получаем средний психический возраст около 2,5 года, и понятно, что этот показатель напоминает «среднюю температуру по больнице» и использовать его в практической работе невозможно. В такой ситуации очень сложно представить, что означает «последовательно проживать этапы детства».

Таким образом, ни ФГОС ДО, ни разработанная на его основе Примерная АООП ДО не стали реальной основой ДО детей с РАС. По решению Экспертной группы по развитию комплексного сопровождения обучающихся с РАС Минпросвещения РФ разработан проект примерной АООП ДО детей с РАС, который в настоящее время проходит апробацию.

Следует также отметить, что, хотя в некоторой части случаев коррекция аутизма дает очень хорошие результаты, в целом эффективность сопровождения оценивается как умеренная или низкая [58].

Опыт Гонконга

В Гонконге учителя обычных школ, как правило, избегают учащихся с эмоциональными и поведенческими трудностями, как из-за их плохого поведения, так и из-за их недовольного отношения к обучению. Следовательно, эти обучающиеся, как правило, помещаются в специальные школы [61].

Недовольные обучающиеся – обучающиеся, которые могут быть не в состоянии добиться академических успехов и, таким образом, прибегают к поиску негативного внимания через плохое поведение. В Гонконге обучающиеся, которые демонстрируют поведенческие проблемы и серьезное недовольство в обычных школах, в основном изолируются и помещаются в специальные школы. Уже в 1948 году был создан первый центр для размещения

неадаптированных обучающихся. Они были определены как испытывающие эмоциональные и поведенческие трудности. В Гонконге есть семь таких школ, известных как Школы социального развития. Согласно государственной статистике в 2006 году, в семи школах обучалось 729 учащихся, в общей сложности их обучал 121 учитель. Исследование показало, что важным фактором в их отношении к школе является то, смогли ли учащиеся быть социально интегрированными в школьную систему; другим определяющим фактором является качество преподавания.

Качество преподавания частично определяется качеством обучения. Исторически сложилось так, что выпускающиеся учителя в Гонконге имеют минимальную подготовку по вопросам особых потребностей; специальная образовательная подготовка ранее предоставлялась в рамках парадигмы повышения квалификации без отрыва от производства, в соответствии с которой учителя должны были иметь некоторый опыт работы в специальной школе, прежде чем они имели право на специальную образовательную подготовку. Учителя, готовящиеся к поступлению на работу, проходили очень незначительную подготовку по вопросам особых потребностей до начала программы интеграции, которая состоялась в 1997 году. Недавнее исследование, посвященное текущему состоянию политики интеграции в начальных школах, показало, что около 62% учителей не прошли никакой подготовки в области специальных образовательных потребностей, и только около 27% учителей считают, что они обладают профессиональными знаниями, необходимыми для эффективного удовлетворения потребностей детей с особыми образовательными потребностями. Начиная с 2005-2006 учебного года отсутствие педагогики, ориентированной на специальное образование, было в некоторой степени решено с помощью двух основных стратегий: во-первых, в главном институте подготовки учителей все студенты должны пройти один базовый модуль по пониманию и управлению разнообразием. Студенты, желающие узнать больше в этой области, могут посещать другие факультативы. Во-вторых, с 2007-2008 годы правительство постановило, что все школы должны иметь как минимум: 10% учителей должны пройти базовую 30-часовую подготовку; по крайней мере три учителя в каждой школе должен пройти углубленную 90-часовую подготовку; и по крайней мере один учитель в каждой школе для прохождения 40-60-часовой тематический тренинг по определенным типам SEN, таким как аутизм и специфические трудности в обучении (ЕМВ, 2007). В настоящее время главный институт педагогического образования берет на себя огромную ответственность по обеспечению профессионального развития всех работающих учителей в надежде улучшить их знания SEN и тем самым повлиять на качество преподавания.

Ученые выявили, что учителя, не прошедшие подготовку по обучению детей с особыми образовательными потребностями, в основном не желают принимать учеников с исключительными потребностями и особенно неохотно включают учеников, у которых наблюдаются трудности с агрессивным поведением. Другие исследования, показывающие увеличение числа учителей, предполагают, что все большее число учащихся недовольны и в то же время

проявляют больше поведенческих и эмоциональных проблем. Важность подготовки учителей в значительной степени признается как один из главных ключей к изменению отношения и расширению знаний и навыков.

Некоторые ученые провели систематический обзор исследований за период с 1975 по 1999 годы, посвященных эффективным стратегиям поддержки обучающихся с эмоциональными и поведенческими трудностями в обучении в обычных начальных школах. Они обнаружили недостаточное количество высококачественных исследований эффективности стратегии. В рамках их обзора 28 из 96 исследований подтвердили многочисленные стратегии, которые оказали определенное положительное влияние на поведение обучающихся. Они были основаны на ряде теоретических основ, таких как модели когнитивного поведения и системные модели.

Чтобы изменить предсказуемое хроническое проблемное поведение в школах, ученые выступили за использование экосистемного подхода. Основная цель этого подхода состоит в том, чтобы позитивно переосмыслить проблемное поведение, сначала через размышления учителя об их нормальной реакции и объяснения действий, а затем через сообщение об этом ребенку. Если поведение ребенка таково, что оно не может быть воспринято положительно, например, из-за того, что он пинает других, тогда они рекомендовали использовать метод определения симптомов, который включает в себя размышление о своих нормальных реакциях и поиск альтернативных способов выражения поведения по-другому в другом месте или в другое время. В основе такого подхода лежит необходимость изменения отношения и точки зрения со стороны учителя, которые выражают подлинную заботу и заботу о ребенке.

Обширный объем литературы по преодолению серьезных эмоциональных и поведенческих трудностей у маленьких детей сосредоточен на работе групп по воспитанию. Эти исследования показали, что группы воспитания могут восстановить недостающее звено привязанности к значимым другим людям, что имеет важное значение для последующего социального и психологического развития ребенка. При наличии более прочных социальных и психологических основ учащиеся улучшают свои когнитивные, социальные, эмоциональные и академические способности. Этот волновой эффект отмечен Ноддингсом (1992), который утверждает, что доверие и забота являются краеугольными камнями для установления отношений обучения.

В целом, результаты вышеприведенных исследований представили несколько различных подходов. Самое главное, установить с ребенком связь, установив доверительные отношения. Во-вторых, мотивация ребенка к обучению требует привития внутреннего локуса контроля. В-третьих, первостепенное значение имеет умение слушать ребенка и понимать его поведенческий подтекст. И, наконец, изменение своего отношения и переосмысление своей точки зрения в позитивном свете может оказать желаемое влияние на поведение детей [61].

Опыт Греции

В течение 1990-х годов многие системы образования в развитых странах мира сообщали об увеличении числа обучающихся с эмоциональными и поведенческими проблемами. Для таких стран, как Греция, находящихся на пороге экономического развития, интересно изучить, испытывают ли они подобное явление, стремясь «реформировать» свои системы образования в соответствии с системами более «развитых» стран. Анализ результатов опроса, посвященного взглядам более 600 греческих учителей начальных школ в Афинах на природу и распространенность эмоциональных и поведенческих проблем подтверждает, что греческие учителя сталкиваются с ухудшающейся ситуацией, в которой они сообщают о более частых поведенческих проблемах по сравнению с прошлым. Хотя многие модели поведения схожи с теми, о которых сообщалось в других европейских странах, обнаруживается ряд интересных различий в уровнях сообщений об эмоциональных проблемах. В ходе анализа этих сходств и различий выявляется ряд последствий, которые, как предполагается, могут послужить основой для разработки национальной политики, ведущей к повышению уровня поддержки школ и учителей [62].

Опыт Японии

Терапия повседневной жизнью (подход Хигаши)

Метод коллективного обучения был разработан доктором Кио Хигаши в Токио в 60-х годах. Идея данного подхода – в уменьшении аутистических тенденций с помощью установления тесных связей между ребенком и его близкими в семье, учителями и детьми той группы, которую посещает ребенок, в процессе интенсивной деятельности, и, тем самым, – в познании “ритма жизни” (Trevarthenatal, 1998). Все виды деятельности – групповые и очень структурированные; считается, что обучение осуществляется от ребенка к ребенку через синхронизацию и имитацию. При этом, оценке индивидуальных достижений каждого ребенка не уделяется особого внимания.

Акцент делается на физической активности: в течение дня дети бегают три раза по 20 минут, час занимаются в гимнастическом зале, и в течение часа играют на улице в футбол или баскетбол. Поведение организуется с помощью твердых и энергичных вербальных инструкций. Учебное расписание состоит во многом из физических упражнений, музыки и рисования, а в качестве кульминационного момента устраивается фестиваль, организуемый каждой из групп. Считается, что большой объем физических упражнений полезен для людей с аутизмом, особенно для снижения уровня аутостимуляции, улучшения внимания и способности к обучению [37].

По образцу японской школы была создана школа в Бостоне, штат Массачусетс, США. Однако, между ними существовало принципиальное различие, касающееся меньшей интеграции и отсутствием участия родителей в учебном процессе в американской школе (Hardy, 1991). Кроме того, на обучение по этой системе оказывают влияние и культурные различия, например, подчеркивание общественных ценностей (Япония) в противовес индивидуальным (Америка), что безусловно влияет на направление обучения.

Некоторые из методов «Терапии повседневной жизнью» использовались в Британии, но данный подход не укладывался в концепцию обучения большинства английских школ, где развитию индивидуальных навыков и академическим достижениям ребенка по традиции уделяется больше внимания, чем уровню его социальной активности в группе (Jordan, Powell, 1995).

До настоящего времени не проводились систематические исследования этого подхода. Отсутствуют и ссылки на то, с какого возраста начинается обучение в школах, в которых практикуется данный вид терапии [63].

Опыт Казахстана

Действующая нормативно-правовая база по детям с ООП

За тридцать лет независимости в Республике Казахстан проведена системная работа по разработке нормативно-правовых документов, регламентирующих право детей с особыми образовательными потребностями на получение образования. Право всех детей на получение образования закреплено в Конституции РК, ратифицирован ряд международных документов, такие как Конвенция о правах ребенка, Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями, Конвенция о правах инвалидов, Конвенция о борьбе с дискриминацией в области образования [64].

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

сложными нарушениями, в том числе со слепоглухотой либо в других организациях образования при условии создания соответствующих условий [65].

Процесс обучения детей с ОВ в организациях образования регламентировался понятиями «инклюзивное образование», «специальные условия для получения образования», внесённых в Закон РК «Об образовании» в 2011 году [66] и Методическими рекомендациями по организации интегрированного (инклюзивного) обучения детей с ОВ [67] (далее- Рекомендации), в соответствии с которыми они обучались в интегрированных классах, в которых допускалось не более трех детей с ОВ либо в специальных (коррекционных) классах, созданных при наличии необходимого количества детей по десяти видам нарушений в общеобразовательных школах (*для неслышащих детей, для слабослышащих и позднооглохших детей, для незрячих детей, для слабовидящих и поздноослепших детей, для детей с тяжелыми нарушениями речи, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, для детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы (с ранним детским аутизмом), для детей с задержкой психического развития, для детей с легкими нарушениями интеллекта, для детей с умеренными нарушениями интеллекта*).

В соответствии с Рекомендациями дети с ОВ на основании заключения психолого-медико-педагогической консультации (далее- ПМПК) могли получать коррекционно-педагогическую поддержку внутри организации образования, оказываемую специалистами, входящими в состав школьного психолого-медико-педагогического консилиума (далее- ШПМПК) (*специальный педагог (дефектолог, логопед), педагог-психолог, социальный педагог*), в логопедических пунктах, функционирующих при организациях образования (школы, детские сады), а также извне (*в кабинетах психолого-педагогической коррекции (далее- КППК), в реабилитационных школах, специальных коррекционных организациях образования*) [67]. Важная роль при организации обучения детей с ограниченными возможностями отводилась проведению учителями классов интегрированного обучения и специальных классов психолого-педагогического мониторинга, в соответствии с которым, наблюдался прогресс в усвоении знаний детьми с ОВ. Задача учителей классов интегрированного обучения заключалась в адаптации учебных программ под индивидуальные образовательные потребности обучающихся, а также в обеспечении специальной поддержки: помощь обучающимся в организации работы в рамках учебного процесса; формирование и развитие детского коллектива (формирование положительного отношения); сотрудничество с родителями.

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

Таким образом, основная роль в реализации специального психолого-педагогического сопровождения процесса обучения детей с ОВ принадлежала ШПМПК, в задачи которого также входило психолого-медико-педагогическое

обследование детей, поступающих в школу, а также ПМПК, в задачи которой входило комплексное обследование ребёнка специалистами (*педагоги-психологи, логопеды, дефектологи, социальные педагоги, врачи-психиатры, врачи-невропатологи*) выявление социальных и образовательных потребностей у детей и выбор соответствующего типа организации образования [67].

Важно отметить, что несмотря на то, что родители в соответствии с Рекомендациями имели право выбирать любую организацию образования для обучения ребёнка с ОВ, в случае выявления у ребёнка специалистами ПМПК тяжелой и глубокой умственной отсталости, а также психопатоподобных расстройств различного происхождения, частых судорожных приступов, его обучение в общеобразовательной школе не представлялось возможным [67].

Что касается методического сопровождения педагогов в работе с детьми с поведенческими нарушениями, в т.ч., с аутизмом, в 2010 году Национальным научно-практическим центром коррекционной педагогики были разработаны методические рекомендации по определению детей с аутизмом в организации образования [68], в соответствии с которыми дети с аутизмом, в зависимости от индивидуальных возможностей, могли обучаться как в общеобразовательных организациях, так и в специальных (коррекционных) организациях образования. Диагностика детей с аутизмом, используемая в Рекомендациях, осуществлялась в соответствии с классификацией аутизма, предложенной К.С. Лебединской и О.С. Никольской [69], в соответствии с которой дети, имеющие детский аутизм легкой степени выраженности (3 и 4 групп) с достаточным уровнем умственного, речевого и социально-коммуникативного развития могли обучаться и воспитываться в детских садах общего типа и в общеобразовательных школах. Дети с аутизмом, имеющие выраженные поведенческие (психопатоподобные) нарушения, обучались на дому. Дети, имеющие сочетанные нарушения аутизма с тяжелыми интеллектуальными и коммуникативными нарушениями, получали коррекционно-педагогическую поддержку в кабинетах психолого-педагогической коррекции и реабилитационных центрах, а также организациях социальной защиты населения [68].

Важным этапом в понимании природы особых образовательных потребностей в законодательной политике РК стало внесение понятия «дети с особыми образовательными потребностями» в Закон РК «Об образовании» в 2015 году, а также внесение изменений в понятия «инклюзивное образование», «специальные условия для получения образования» [70]. В соответствии с принятой редакцией Закона от 13.11.2015 года, **лицами (детьми) с особыми образовательными потребностями** считались «лица, которые испытывают постоянные или временные трудности в получении образования, обусловленные здоровьем, нуждающиеся в специальных, общеобразовательных учебных программах и образовательных программах дополнительного образования», под **инклюзивным образованием** понимался «процесс, обеспечивающий равный доступ к образованию для всех обучающихся с учетом особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей», под **специальными условиями для получения образования** понимались «условия, включающие специальные учебные программы и методы обучения, технические и иные

средства, среду жизнедеятельности, а также медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно освоение общеобразовательных учебных и образовательных программ лицами (детьми) с особыми образовательными потребностями».

Несмотря на внесённые вышеуказанной редакцией Закона изменения, вышеуказанные понятия были основаны на медицинской модели особых образовательных потребностей, в соответствии с которой акцент ставился на имеющиеся у детей проблемы, связанные со здоровьем, которые необходимо корректировать специалистами, осуществляющими коррекционно-педагогическую поддержку (педагоги-психологи, логопеды, дефектологи).

Другим важным этапом в организации научно-методологического сопровождения педагогов по работе с детьми с аутизмом стала разработка специальной развивающей программы для детей с аутизмом для психологов реабилитационных центров, кабинетов коррекции, специальных и общеобразовательных дошкольных организаций образования, оказывающих психолого-педагогическую помощь детям с аутистическими расстройствами, а также родителей, воспитывающих детей с аутизмом (далее- Программа) [71]. Основной целью данной Программы является развитие общения, социального взаимодействия и социализации ребёнка с аутизмом, но не развитие его возрастных или академических речевых, когнитивных и других навыков. Программа включает в себя четыре самостоятельные программы, в зависимости от возраста, индивидуальных особенностей детей с аутизмом разной степени сложности;

- для детей раннего и дошкольного возраста с легкими и умеренными аутистическими расстройствами;

- для детей раннего и дошкольного возраста с тяжелыми аутистическими расстройствами;

- для детей предшкольного и школьного возраста с легкими и умеренными аутистическими расстройствами;

- программа по вовлечению родителей в развивающую работу с ребенком

Каждая программа содержит свои цели и задачи, последовательность описания, этапы, ожидаемые результаты, а также методы и приёмы психолого-педагогической работы, как индивидуальной, так и групповой (подгрупповой) [71].

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

- эмоционально-ориентированные подходы: эмоционально-смысловой подход О.С. Никольской, Р.Е. Баенской, М.М. Либлинг, метод DIR-FT («Floortime») С. Гринспена и С. Уидер;

- методы, основанные на принципе имитации и следования за ребенком: программа Son-Rise Б. Кауфман и С. Кауфман; модель развития прелингвистических навыков Мелье (Prelinguistic Milieu Teaching PMT; Yoder and Warren); метод отставленной имитации Баймухановой М.Е.;

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

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

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

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

- методы и приемы развития навыков общения у детей, используемые в практике детской психологии и педагогики [71].

Необходимо отметить, что специалистам и педагогам, работающим с детьми с аутизмом и с другими расстройствами аутистического спектра (далее-РАС) важно владеть целым спектром методик работы, так как потребности детей с аутизмом и другими могут различаться, в зависимости от тяжести нарушения. В зависимости от индивидуальных потребностей строится коррекционно-развивающая работа, построенная на развитие у детей познавательных процессов, в том числе, эмоционально-волевого поведения. Владение данными методиками работы, по мнению Мамайчук И.И. поможет будущим педагогам оказать наиболее приемлемую для ребёнка с аутизмом и РАС коррекционно-педагогическую помощь [72].

Переломным моментом в развитии инклюзивного образования в РК стало подписание Президентом РК Касым-Жомартом Токаевым Закона Республики Казахстан от 26 июня 2021 года № 56-VII ЗРК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам инклюзивного образования» [4], в соответствии с которым внесены изменения и дополнения в Законы Республики Казахстан от 11 июля 2002 года «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», от 8 августа 2002 года «О правах ребенка в Республике Казахстан», «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», от 27 июля 2007 года «Об образовании». Необходимо отметить, что внесённые изменения позволили изменить понятийный аппарат инклюзивного образования, основанный на медицинской модели особых образовательных потребностей в социально-педагогическую. К примеру, **лицами (детьми) с особыми образовательными потребностями** являются уже не только дети, имеющие проблемы, связанные со здоровьем, а «лица (дети), которые испытывают постоянные или временные потребности в специальных условиях для получения образования соответствующего уровня и дополнительного образования» [73].

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

оценки особых образовательных потребностей», **«оценка особых образовательных потребностей»**- «определение необходимых специальных условий для получения образования» [74]. Изменения, внесённые в понятие **«специальные условия для получения образования»**, также характеризуют переход от медицинской модели к социально-педагогической: «условия, включающие учебные, а также специальные, индивидуально развивающие и коррекционно-развивающие программы и методы обучения, технические, учебные и иные средства, среду жизнедеятельности, психолого-педагогическое сопровождение, медицинские, социальные и иные услуги, без которых невозможно освоение образовательных программ лицами (детьми) с особыми образовательными потребностями, а также детьми с ограниченными возможностями» [73].

В реализацию вышеуказанных Законов Министерством просвещения РК разработаны Приказы Министра образования и науки Республики Казахстан от 12 января 2022 года № 4 «Об утверждении правил оценки особых образовательных потребностей» [74] и № 6 «Об утверждении правил психолого-педагогического сопровождения в организациях образования» [75]. В соответствии с Приказом № 4 «Об утверждении правил оценки особых образовательных потребностей» выделяют две группы особых образовательных потребностей:

К первой группе относятся дети с трудностями усвоения отдельных учебных навыков вследствие недостаточности психических функций (умственной работоспособности, восприятия, внимания, памяти), а также дети с ограниченными возможностями:

- 1) нарушениями слуха (неслышащие и слабослышащие при средней потере слуха в речевой области от 40 до 80 децибел, в том числе дети после кохлеарной имплантации) с общим речевым недоразвитием 1-3 уровня;
- 2) нарушениями зрения (незрячие – с полным отсутствием зрительных ощущений, с светоощущением или остаточным зрением до 0,04 на лучше видящем глазу с коррекцией очками и слабовидящие – с остротой зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу с коррекцией очками);
- 3) нарушениями интеллекта (с умственной отсталостью);
- 4) задержкой психического развития;
- 5) нарушениями речи (с общим недоразвитием речи 1-3 уровня, фонетико-фонематическим недоразвитием речи, ринолалией, дизартрией, тяжелым заиканием, нарушениями письменной речи (дислексией, дисграфией);
- 6) нарушениями опорно-двигательного аппарата;
- 7) эмоционально-волевыми расстройствами (нарушениями общения и социального взаимодействия (аутизмом), нарушениями и трудностями поведения);
- 8) со сложными (сочетанными) нарушениями.

Ко второй группе относятся дети, не имеющие нарушения умственного и физического развития, особые образовательные потребности которых, обусловлены социально-психологическими и факторами, препятствующими их включению в образовательный процесс:

1) с микросоциальной и педагогической запущенностью, воспитывающиеся в семьях из категорий социально уязвимых слоев населения;

2) испытывающие трудности в адаптации к местному социуму (беженцы, мигранты, кандасы);

3) дети с инвалидностью [74].

Вместе с тем, в соответствии с Приказом № 6 «Об утверждении правил психолого-педагогического сопровождения в организациях образования» используется другая классификация особых образовательных потребностей, состоящая из 3-х групп ООП:

К **первой группе** детей с ООП относятся дети с поведенческими и эмоциональными проблемами, неблагоприятными психологическими факторами (нарушений воспитания в семье, детско-родительских и внутрисемейных отношений);

Ко **второй группе** детей с ООП относятся дети с барьерами социально-психологического, экономического, языкового культурного характера (педагогическая запущенность детей из семей социального риска, дети, испытывающие трудности адаптации в обществе (семьи беженцев, мигрантов, кандасов);

К **третьей группе** детей с ООП относятся дети с ограниченными возможностями развития (нарушениями слуха, зрения, интеллекта, речи, опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития и эмоционально-волевыми расстройствами) [75].

Необходимо отметить, что классификация ООП, описанная в Приказе 6, включает наиболее широкую группу детей с ООП в соответствии с классификацией ООП, данных ОЭСР включающей **три группы лиц с ООП**: категория А (Disabilities), лица с ограниченными возможностями или нарушениями здоровья, рассматриваемыми с медицинской точки зрения (например, сенсорные, двигательные, неврологические нарушения); Категория В (Difficulties): лица с поведенческими или эмоциональными проблемами и лица со специфическими трудностями в обучении; Категория С (Disadvantages): лица, у которых особые образовательные потребности появляются в силу социальных, психологических, экономических, лингвистических, культурных причин [76]. В связи с чем, на наш взгляд, в своей профессиональной деятельности педагогам страны необходимо руководствоваться классификацией ООП, утверждённой Приказом 6, при этом, имея ввиду, что природа особых образовательных потребностей многообразна и может включать в себя наиболее широкий спектр особенностей или их сочетание, такие как: сенсорные и/или физические потребности, потребности в коммуникации и во взаимодействии, потребности, связанные с проблемами социального, эмоционального и психического характера, потребности в познавательной деятельности и обучении [77].

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

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

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

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

3) использование вариативных, специальных и альтернативных методов обучения.

Форма или способ применения методов обучения адаптируются под индивидуальные особенности ученика (уменьшение объема, количества заданий, сокращение или увеличение времени на выполнение заданий, упрощение учебных заданий, использование коротких и поэтапных инструкций, проговаривание заданий вслух, предоставление образцов выполнения заданий, таблицы, справочные материалы).

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

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

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

б) создание безбарьерной среды и адаптация места обучения для обеспечения физического доступа в организацию образования для лиц (детей) с особыми образовательными потребностями: 1) с ограниченной мобильностью (подвоз к школе, пандусы, перила, подъемники, лифт, специально оборудованное учебное место (стол, стул), места общего пользования (туалет, столовая)), 2) с нарушением зрения (незрячих, слабовидящих) (тактильные

дорожки, тактильные указатели, перила), 3) с нарушением слуха (визуальные таблицы, звукоусиливающая аппаратура). Адаптация учебного места предполагает приспособление среды обучения под индивидуальные особенности лиц (детей) с особыми образовательными потребностями (физические особенности (слух, зрение), поведенческие особенности);

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

8) специальная психолого-педагогическая поддержка (психолога, специального педагога, педагога-ассистента) детей с ограниченными возможностями осуществляется на основе заключения и рекомендации ПМПК» [75].

Необходимо отметить, что объем и содержание психолого-педагогического сопровождения, в котором нуждается ребенок, соответствует оценке особых образовательных потребностей, проводимой несколько раз в течение учебного года и осуществляется в течение двух этапов: организация деятельности школьной службы психолого-педагогического сопровождения и проведение оценки особых образовательных потребностей (**I этап**); утверждение индивидуальных программ психолого-педагогического сопровождения лиц (детей) с особыми образовательными потребностями и реализация процесса психолого-педагогического сопровождения (**II этап**) [74].

Важным моментом при оказании психолого-педагогического сопровождения является сопровождение детей с ООП педагогом-ассистентом, потребность в котором определяется в зависимости от особых образовательных потребностей решением заседания службы психолого-педагогического сопровождения (*для обучающихся с легкими поведенческими проблемами и трудностями адаптации на 1 четверть, далее потребность определяется ПМПК*) либо ПМПК (*для обучающихся с нарушениями психофизического развития и поведения*) [75].

В соответствии с Приказом, «при наличии 4-6 детей с поведенческими нарушениями в специально оборудованном помещении (кабинете) проводятся занятия, направленные на преодоление трудного поведения с использованием современных методов, технологий и приемов (в том числе на основе принципов прикладного анализа поведения)» [75].

Необходимо отметить, что если ранее при оценке особых образовательных потребностей использовалась медицинская классификация, основанная на выявлении нарушений (дефектов) у ребёнка, то в соответствии с Порядком деятельности психолого-медико-педагогической консультации, утверждённым Приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 30 октября 2018 года № 595 «Об утверждении Типовых правил деятельности организаций образования соответствующих типов и видов» (*с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.12.2021 г.*) при проведении оценки особых образовательных

потребностей ПМПК использует **социально-педагогическую классификацию**, в соответствии с которой выделяют следующие виды особых образовательных потребностей [78]:

1) нарушения слуха (слабослышащий, неслышащий ребенок и ребенок с кохлеарным имплантом);

2) нарушения зрения (слабовидящий, незрячий ребенок);

3) нарушения опорно-двигательного аппарата (самостоятельно передвигающиеся, не требующие индивидуального ухода, передвигающийся с помощью специальных средств передвижения и (или) технических компенсаторных (вспомогательных) средств, самостоятельно не передвигающийся, требующие помощи сопровождающего лица);

4) нарушения интеллекта (легкие, умеренные, тяжелые и глубокие нарушения интеллекта (соответствует диагнозам легкая, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость));

5) задержку психического развития;

6) нарушения речи с указанием вида, формы и уровня недоразвития речи (фонетико-фонематическое, общее недоразвитие речи, а также заикание, ринолалия, дизартрия, дисграфия, дислексия и другие нарушения речи);

7) нарушения или трудности общения и социального взаимодействия (соответствует диагнозам аутизм и расстройства аутистического спектра);

8) нарушения или трудности поведения (соответствует диагнозу синдром гиперактивности и дефицита внимания и другим поведенческим нарушениям, в том числе обусловленным социально-психологическими факторами).

Обучение детей, имеющих вышеуказанные потребности, в соответствии с Порядком деятельности специальных школ, специальных школ-интернатов, специальных комплексов «детский сад-школа-интернат», специальных комплексов «школа-интернат-колледж», утвержденных Приказом № 595, осуществляется в специальных школах для детей с ООП либо в специальных классах общеобразовательных школ, созданных для детей с ООП по вышеуказанным нарушениям [78] либо в соответствии с п. 9 Типовых правил деятельности организаций среднего образования (начального, основного среднего и общего среднего) в общем классе (не более трех детей) по типовой учебной программе, в том числе по индивидуальной учебной программе [78].

Помимо получения образования, дети с ООП, в т.ч., дети с поведенческими трудностями и специфическими трудностями в обучении, получают государственные услуги по обследованию и оказанию психолого-медико-педагогической консультативной помощи детям с ограниченными возможностями, оказываемую ПМПК и реабилитацию и социальную адаптацию детей и подростков с проблемами в развитии, оказываемую кабинетами психолого-педагогической коррекции (далее- КППК), реабилитационными центрами (далее- РЦ) [79]. Приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 26 апреля 2021 года № 182 внесены изменения в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 22 февраля 2013 года № 50 «Об утверждении номенклатуры видов организаций образования», в соответствии с которым в перечень специальных организаций образования включён **центр**

(autism-центр) поддержки детей с аутизмом (расстройством аутистического спектра) (далее- Аутизм-центр) [80].

В соответствии с Порядком деятельности Центра поддержки детей с аутизмом (расстройствами аутистического спектра), утверждённым Приказом Министра образования и науки Республики Казахстан от 30 октября 2018 года № 595 «Об утверждении Типовых правил деятельности организаций образования соответствующих типов и видов» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.12.2021 г.) [78] «аутизм-центр является **специальной организацией образования**, который реализует индивидуально развивающие программы (далее – Программа поддержки), включающие индивидуальный план развития (далее – ИПР), образовательную программу «Аутизм. Мир один для всех» для оказания психолого-педагогической поддержки детям с аутизмом (расстройствами аутистического спектра), коррекционно-развивающие программы.

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

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

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

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

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

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

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

4) функциональный анализ (далее – ФА), согласно Протокола оценки базовых речевых и учебных навыков ABLLS-R (ЭЙБИЛЛС-А) или

Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (далее – МКФ).

5) разработка ИПР по результатам ФА согласно приложению 12 к Правилам [78].

Необходимо отметить, что несмотря на наличие нормативной базы, регламентирующей деятельность Аутизм-центров, в стране имеются проблемные вопросы касательно эффективности их функционирования. Во-первых, отсутствует должность «**клинический педагог**» в Приказе Министра образования и науки Республики Казахстан от 13 июля 2009 года № 338 «Об утверждении Типовых квалификационных характеристик должностей педагогов» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 31.03.2022 г.) [81]. Во-вторых, клинические педагоги отсутствуют в большинстве регионах страны, так как Аутизм Центры «Асыл Мирас» Фонда Булата Утемуратова, реализующие программу «Аутизм. Мир один для всех», функционируют лишь в девяти городах страны: Нур-Султан, Алматы, Кызылорда, Усть-Каменогорск, Актобе, Уральск, Шымкент, Петропавловск и Павлодар [82], следовательно, не все дети с аутизмом и с другими РАС охвачены необходимой психолого-педагогической поддержкой. В-третьих, в стране имеются программы подготовки бакалавров и магистров по специальности «Клиническая психология», например, в КАЗНУ им. Аль-Фараби [83], однако, отсутствуют программы подготовки клинических педагогов. В-четвёртых, являясь специальной организацией образования, Аутизм-центр не в полной мере удовлетворяет потребности ребёнка с аутизмом в социализации, так как психолого-педагогическая поддержка предоставляется вне организации образования, в которой обучается ребёнок. В-пятых, отсутствует научно-доказательная база по эффективности применения методик работы с детьми с аутизмом, описанных в Порядке деятельности Аутизм-центра, в организациях образования страны. В-шестых, в Порядке деятельности Аутизм-Центров отсутствует связь по сопровождению детей с аутизмом между специалистами Центра и специалистами (педагогами) общеобразовательных школ, дошкольных организаций.

В связи с чем, с целью совершенствования механизмов работы педагогов с детьми с аутизмом и другими поведенческими нарушениями, предлагается:

1. Изучение деятельности Аутизм-центров, действующих в стране, в т.ч., эффективности применения образовательной программы «Аутизм. Мир один для всех» для оказания психолого-педагогической поддержки детям с аутизмом (расстройствами аутистического спектра);

2. Пересмотр образовательных программ подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов (педагоги-психологи, специальные педагоги, социальные педагоги) и учителей (воспитателей) по работе с детьми с поведенческими нарушениями, в т.ч., с аутизмом;

3. Выделение дополнительных финансовых средств из республиканского бюджета на подготовку, переподготовку, повышение квалификации педагогов страны к работе с детьми с поведенческими нарушениями, в т.ч., с аутизмом;

4. Внесение изменений и дополнений в Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 27 ноября 2017 года № 596 (с изменениями и

дополнениями по состоянию на 24.03.2022 г.) «Об утверждении Правил подушевого нормативного финансирования дошкольного воспитания и обучения, среднего образования, а также технического и профессионального, послесреднего, высшего и послевузовского образования с учетом кредитной технологии обучения» в части пересмотра механизма подушевого финансирования, выделяемого на обучение, психолого-педагогическое сопровождение детей с ООП, в т.ч., с поведенческими нарушениями;

5. Усиление деятельности школьных служб психолого-педагогического сопровождения в части раннего выявления особых образовательных потребностей, в т.ч., с поведенческими нарушениями, разработки реализации индивидуальных программ психолого-педагогического сопровождения;

6. Проведение масштабных лонгитюдных исследований по изучению готовности педагогов страны к работе с детьми с поведенческими нарушениями и другими РАС.

7. Выделение дополнительных финансовых средств на грантовое и программно-целевое финансирование проектов по реализации мероприятий, направленных на совершенствование научно-доказательной базы по психолого-педагогическому сопровождению детей с ООП, в т.ч., детей с поведенческими нарушениями.

При реализации инклюзивной практики в работе с детьми с ООП, в т.ч., с поведенческими и специфическими трудностями в обучении педагогам страны необходимо руководствоваться как вышеуказанной и другой нормативной правовой базой, регламентирующей создание специальных условий для получения образования детям с ООП, а также методическими рекомендациями, разработанными НАО им. Алтынсарина [например, 84, 85] и Национальным научно-практическим Центром развития специального и инклюзивного образования [например, 86].

Как показывает совместный опыт работы Координационного Совета по развитию инклюзивного образования и управления образованием Акмолинской области [64], для оказания комплексной поддержки детям с ООП, в т.ч., с аутизмом, а также их социализации, необходимо объединение государственных и негосударственных структур не только в создании специальных условий для получения образования, но и в качественном предоставлении медицинских, социальных, правовых услуг, организация досуга, отдыха, занятий спортом.

В этой связи, представителям государственных органов, педагогам страны, а также руководителям, специалистам управлений образования, руководителям, руководителям и методистам учебно-методических кабинетов, общественным организациям важно руководствоваться программными документами, регламентирующими организационно-правовую основу для реализации мероприятий по созданию условий для получения вышеперечисленных услуг лицам с ООП, в т.ч., лицам с поведенческими нарушениями. Это такие документы, как: Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 мая 2019 года № 326 «Об утверждении Национального плана по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с инвалидностью в Республике Казахстан до 2025 года» [87], Распоряжение Премьер-Министра Республики Казахстан от 17

августа 2020 года № 2020 «Об утверждении Дорожной карты по совершенствованию оказания комплексной помощи детям с ограниченными возможностями в Республике Казахстан на 2021 – 2023 годы» (далее- Дорожная карта) [88], Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 марта 2022 года № ҚР ДСМ -25 «Об утверждении стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан» (далее- Стандарт) [89], Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2022 года № ҚР ДСМ – 34 «Об утверждении Положения о деятельности врачебно-консультативной комиссии» [90], Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2010 года № 704 «Об утверждении Правил организации скрининга» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 25.08.2021 г.) [91] и другими нормативными правовыми документами.

Особое внимание в совместной работе государственных органов (образование, здравоохранение, социальная защита) по созданию условий для получения специальных социальных услуг детям ООП, в т.ч., с аутизмом, уделено в Дорожной карте [88]. К примеру, из 56 пунктов Дорожной карты за Министерством просвещения РК закреплено основное исполнение 6 пунктов и 12 пунктов соисполнения с Министерством здравоохранения РК [88].

Важно подчеркнуть роль системы здравоохранения в раннем выявлении детей с аутизмом, на что рекомендуется обратить внимание как родителям, воспитывающих детей с аутизмом, так и педагогам организаций образования. Так, в соответствии с Параграфом 1 Главы 4 Стандарта специалист сестринского дела кабинета развития ребенка должен проводить мероприятия **по проведению модифицированного скринингового теста на аутизм для детей – "М-СНАТ R"** [90].

Необходимо также отметить, что в настоящее время диагностика аутизма в Казахстане осуществляется врачами-психиатрами медицинских организаций в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра, согласно которой выделяют два вида аутизма: детский аутизм (F 84.0) и атипичный аутизм (F 84.1) [92]. При этом, с 1 января в мире вступила в силу одиннадцатая редакция Международной классификации болезней (МКБ-11) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [93], согласно которой аутизм подразделяется на следующие виды:

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

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

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

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

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

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

6A02.Y Другие уточненные расстройства аутистического спектра;

6A02.Z Расстройства аутистического спектра, неуточненные.

Учитывая, что Казахстан также как и другие развитые страны мира планирует перейти к использованию МКБ 11-го пересмотра, можно предположить, что улучшится система выявления детей с расстройствами аутистического спектра в стране, тем самым, увеличится потребность в специалистах, педагогах, владеющих эффективными методами работы с данной группой детей. Вместе с тем, как показало исследование, проведённое командой Школы образования Назарбаев университета, целью которого было изучение знаний и убеждений специалистов, занимающихся диагностикой детей с аутизмом (*практикующие врачи, психологи, психиатры, дефектологи, педиатры и семейные врачи*), в Казахстане имеется острая необходимость в подготовке, переподготовке, повышении квалификации специалистов, осуществляющих диагностику детей с аутизмом в соответствии с международно признанными методами скрининга и диагностики аутизма и других РАС [94], ввиду того, что медицинские работники в ходе диагностического процесса в значительной мере субъективны и опираются в большей степени на собственные личные наблюдения, нежели на современные исследования диагностики аутизма [94].

Изучив основные нормативные правовые документы и методические рекомендации, регламентирующие правовую и методическую основу для получения образовательных услуг детьми с ООП, в т.ч., детьми с поведенческими и специфическими трудностями в обучении, рассмотрим опыт работы педагогов страны по организации образования, в т.ч., психолого-педагогического сопровождения обучающихся, имеющих поведенческие и специфические трудности в обучении.

Опыт Казахстана в создании инклюзивной образовательной среды для детей с поведенческими нарушениями.

Основной целью исследования, проведённого Факультетом образования Кембриджского университета при содействии Представительства Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Казахстане, в рамках пилотного проекта механизмов раннего предупреждения в восьми школах Казахстана в 2018–2019 годах [95] (далее- Пилотный проект), было выявление причин раннего выбытия обучающихся из школы, а также использование механизмов системы раннего предупреждения (далее- СРП) выбытия обучающихся. В ходе исследования были поставлены следующие задачи:

1. Повышение осведомленности о факторах, способствующих выбытию детей из школы, и осведомленности учителей/персонала и родителей о модели СРП;

2. Укрепление общешкольного подхода к инклюзивному образованию с использованием комплексной модели СРП для вмешательства и предотвращения выбытия из школы;

3. Улучшение связи между школами и другими организациями, которые работают с детьми, находящимися в зоне риска выбытия, и поддерживают

социально уязвимых детей, а также их семей.

По мнению участников Проекта, основными факторами риска, способствующих выбытию обучающихся из школы являются плохая школьная посещаемость и низкая успеваемость [95].

В целях улучшения осведомлённости участников о механизмах профилактики выбытия, им было предложено использование СРП- «база данных, содержащая информацию о семьях, школах, получаемая в ходе выполнения мониторинга посещаемости, поведения и успеваемости учеников, а также реализация практических действий по оказанию поддержки ученикам, находящимся в зоне риска, для того, чтобы они могли продолжить обучение в школах посредством внедрения мер реагирования в школах (*индивидуальные планы поддержки (развития); наставничество сверстников/учителей; семейных собраний*)» [96].

Результаты исследования показали, что пилотные школы, принявшие участие в исследовании, овладели эффективными методиками, направленными на профилактику раннего выбытия детей групп риска. При этом, участники отметили области практики, в реализации которых им требуется дополнительная поддержка [95].

Важно отметить, что одним из эффективных методов работы по выявлению детей группы риска являлось составление командой СРП, индивидуального плана работы с учениками, находящимися в зоне риска, включающего в себя:

- 1) систематический контроль за данными о пропусках;
- 2) систематический контроль за школьной успеваемостью учеников (включая поддержку сверстниками тех учеников, которые демонстрируют низкую успеваемость, а также наставничество);
- 3) систематическое внедрение мер по контролю за поведением учеников и его улучшению, а также прогрессу в школе;
- 4) постоянная работа с родителями [95].

В целом, по итогам Пилотного проекта ученые выделили несколько факторов, на которые необходимо обратить внимание педагогов при профилактике раннего предупреждения выбытия обучающихся: картирование, оценку, роль ПМПК, участие родителей, обучение на дому [96].

Роль **картирования** заключается в составлении социального паспорта ребёнка социальным педагогом школы, в который вносятся данные о ребёнке и его семье, а также в разработке индивидуального плана сопровождения ребёнка и его семьи. Необходимо отметить трудности педагогов, принимавших участие в Пилотном проекте, по работе с детьми с ООП, в особенности, в части составления индивидуального плана работы с детьми, обучающимися на дому [95]. При этом, школы, реализующие СРП отметили, что данная технология облегчила их работу по выявлению детей групп социального риска.

Оценка особых образовательных потребностей в основном проводилась ПМПК, при этом, лишь одна ПМПК использовала в проведении обследования ребёнка международную классификацию функционирования (далее- МКФ), в соответствии с которой, акцент ставится не на нарушения ребёнка, а на его

возможности [97]. Также, ученые отметили слабое взаимодействие ПМПК со школами по индивидуальным планам сопровождения обучающихся.

Отмечается **роль родителей** в принятии решения об обучении детей на дому, а также их участие в разработке и реализации индивидуальных планов сопровождения детей [96].

Необходимо отметить трудности, выявленные в ходе Пилотного проекта, при принятии **решений об обучении на дому** ввиду отсутствия единых требований, при составлении педагогами индивидуального плана работы с детьми, обучающимися на дому, в т.ч., с поведенческими нарушениями, а также при их обучении и сопровождении [Таблица 1, 96]. Также выявлена проблема недостаточной психолого-педагогической поддержки, оказанной детям и недостаточный объем знаний родителей по особенностям детей с ООП [96].

Таблица 6 иллюстрирует пример организации обучения на дому ребёнка с аутизмом [96, стр. 24]

Девочка с аутизмом, 9 лет; городская школа-А, Локация-і	
с какими специалистами/органами власти контактировал ребенок	ПМПК, администрация школы
критерии права ребенка получить услугу	Соответствует
какие услуги получил ребенок (к примеру, оказана денежная и профессиональная помощь)	3 раза в неделю школьные учителя навещают ребенка. Урок длится один час Родители обратились за помощью в центр социальной адаптации. Социальный педагог из центра посещает ребенка два раза в неделю (бесплатно) 8000 тенге- это социальная поддержка со стороны государства
как индивидуальный план позволяет оценить уровень развития ребенка	Индивидуальный план отсутствует Учителя не обучены поведенческой терапии , что является ключевой методологией при работе с детьми с РАС
запись о пересмотре дела и индивидуального плана	Недостаточная помощь со стороны школы и государства Изредка посещает школьного дефектолога
наличие ключевых показателей достигнутого прогресса	Нет
какие шаги предпринимают различные субъекты системы для обеспечения доступа к образованию, развитию и защите благополучия и прав ребенка (включая права на развитие, образование и другие права).	Учителя не обучены тому, как работать с учениками, страдающими аутизмом. Они придерживаются школьной программы и не готовят индивидуальных планов, имеют ограниченное время для работы с детьми, обучающимися на дому «ребенок дома не получит такого же внимания, как дети в школе»

В результате оценки Пилотного проекта команда экспертов Высшей школы образования Назарбаев Университета и факультета образования Кембриджского университета отметила, что наибольшая часть педагогов проводила с детьми с ООП дополнительные занятия (49,4 %). 41,5 % педагогов использовала в своей работе руководство и консультирование, 34,8 % педагогов проводила работу с родителями по вопросам семейного обучения, 34,8 % педагогов развивали у обучающихся навыки формирования установок и навыки

учения и самоуправления (34,8%) [96]. По результатам исследования выявлено, что в пилотных школах в два раза увеличилось количество детей, обучающихся на дому (с 24 до 40 случаев), что свидетельствует о недостаточном владении педагогами методами сопровождения детей **с социальными эмоциональными и поведенческими трудностями (СЭПД)** [34]. В работе с данной группой детей педагоги использовали такие методы работы, как: составление текстовых сообщений или звонки с целью уведомления родителей (43,1%), проведение внеклассных мероприятий (41,3%) и руководство и консультирование (37,5%) [96]. Данные результаты свидетельствуют о том, что большинство педагогов страны испытывают трудности в работе с детьми с поведенческими нарушениями, в связи с чем, необходимо принятие мер по повышению их квалификации в данном направлении. По итогам Пилотного проекта командой учёных даны рекомендации для Министерства образования и науки РК, ПМПК, КППК, педагогам школы [96]. **Рекомендации для общеобразовательных школ включают в себя следующие мероприятия:**

1. Обеспечение школ специальными материалами и учебными пособиями для включения детей с ООП в образовательный процесс;
2. Поддержка школ специалистами местных органов управления образованием;
3. Развитие потенциала учителей для сопровождения детей с ООП в общеобразовательных классах (составление индивидуальных планов сопровождения, внедрения и мониторинга успеваемости обучающихся);
4. Дополнительная специальная подготовка учителей.
5. Необходимость введения роли помощника преподавателя для оказания помощи классным руководителям в работе с детьми с ООП [96].

Результаты Пилотного Проекта коррелируют с результатами опроса педагогов, проведённого Центром инклюзивного образования НАО им. Ы. Алтынсарина в рамках исследования системы психолого-педагогического сопровождения в общеобразовательных школах, включая широкие виды поддержки (далее- Исследование ЦИО НАО) [84], согласно которому лишь 6 % педагогов отнесли детей, имеющих поведенческие и эмоциональные проблемы, к детям с ООП, что свидетельствует о значительном влиянии медицинской модели ООП, функционирующей длительное время в Казахстане, как и в странах бывшего Советского Союза. Переход к социально-педагогической модели особых образовательных потребностей [78], реализация педагогами нормативных правовых актов по оценке ООП и психолого-педагогическому сопровождению, повышение квалификации по сопровождению всех групп детей с ООП, в т.ч., детей с поведенческими трудностями, позволят педагогам изменить существующий многие годы стереотип, основанный на медицинской модели ООП, основанной на дефектологии, на социально-педагогической, основанной на МКФ [97].

Важно отметить, что в Казахстане опыт работы с детьми с аутизмом начался с инициатив родителей, воспитывающих детей с аутизмом. Первой общественной организацией, созданной в 2011 г. по инициативе родительницы, воспитывающей ребёнка с аутизмом, стал Общественный Фонд «Ашық Әлем»,

созданный Алиёй Архаровой [98]. Основной задачей Фонда являлась поддержка родителей, воспитывающих детей с аутизмом, содействие в получении детьми с аутизмом образовательных, медицинских и социальных услуг. Большая заслуга Фонда состоит в повышении осведомлённости казахстанского общества об аутизме, в совершенствовании диагностики аутизма и его лечении, сотрудничестве с государственными органами по подготовке специалистов для работы с детьми с аутизмом [98].

Интересен опыт работы с детьми с аутизмом специалистов, оказывающих психолого-педагогическое сопровождение детей с аутизмом в кабинетах инклюзии страны, одним из которых является Иманова Мадина Армиевна, супервизор КПИ школ г. Нур-Султан и в регионах, сертифицированный поведенческий аналитик ВСВА, мама подростка с РАС, автор книги «Потому что мой сынок» о сыне с диагнозом аутизм.

Ниже приводятся рекомендации М. Имановой по психолого-педагогическому сопровождению детей с аутизмом, предоставленные специалистом из собственного опыта работы, полученные в ходе заседания рабочей группы по разработке настоящих рекомендаций [17.07.2022 г.]:

Обучение детей данной категории успешно проходит при организации:

- оборудованного ресурсного класса (кабинета поддержки инклюзии-КПИ) на 8 детей максимум (если таких учащихся больше, то рекомендую 2 кабинета, а лучше так: начальное звено – первый этаж отдельно, среднее /старшее звено – 2 этаж и выше отдельно.

-команды специалистов: куратор/супервизор: сертифицированный поведенческий аналитик с практическим опытом работы в инклюзии, учитель /психолог КПИ – специалист с профильным образованием (психолог, педагог психолог) со знанием основ ПАП (прикладного анализа поведения), педагоги ассистенты (специалисты с проф. образованием (дефектолог, психолог, педагог психолог)с опытом /без опыта работы в инклюзии.

- вовлечения в работу с детьми данной категории учителей предметников и классных руководителей:

- *Не позднее августа месяца проводить обучающие семинары на базе школ по обучению детей с ООП и утверждения предварительного плана работы на весь год /первое полугодие. Какие они, дети с аутизмом? Какие ситуации потенциально могут возникнуть на уроке с ним? Как на это я как учитель должен отреагировать? Роль педагога ассистента в обучающем процессе ученика с ООП? Почему ученик может уйти через 5-10 мин после того как урок начался к себе в КПИ? Что такое ИПО? И кто должен нести контроль за ее качественную разработку? и т.д. Поверьте моему опыту, потом, позже, когда занятия уже начнутся, собрать учителей НЕВОЗМОЖНО, говорить об этом наспех в коридоре между уроками – неэффективно!*

- *Необходимо уже в августе знать сколько ребят с ООП будет в школе в этом году, кто именно из учителей будет задействован при работе с ними, какой план действий и сроки (к примеру, ИПО (индивидуальную программу обучения) по учебным дисциплинам учеников нужно сдавать не позднее 1 четверти, на деле еле-еле разрабатывают и сдают зимой.)*

- *Поощрять учителей, которые проявляют инициативу и творческий подход при обучении детей с ООП -таких мало, но они есть!*

- *Возможно, будет неплохо, если хотя бы ОДИН раз в год в школе будут проводиться инклюзивные мероприятия с участием детей с ООП и их сверстников (такой опыт был и успешный : в одной из школ где я работала была организована театральная группа и в конце года в актовом зале прошел мюзикл с участием детей обеих категорий). При этом совершенно необязательно приурочивать это мероприятие ко дню людей с инвалидностью или ко 2 апреля (всемирному дню распространения информации об аутизме). Очень хотелось бы, чтобы это было привычной практикой для наших школ.*

Важно отметить опыт регионов по сопровождению детей с ООП, в том числе, с аутизмом. К примеру, педагогом-психологом КГУ «Общеобразовательная школа имени Надежды Крупской г. Державинск отдела образования по Жаркаинскому району управления образования Акмолинской области Манатовым А.А. разработана психолого-педагогическая программа «Формирование социально-педагогической адаптации детей с расстройством аутистического спектра к учебной деятельности», индивидуальная коррекционно-развивающая программа «Развитие познавательной сферы у детей с ООП», разработанная педагогом-психологом КГУ «Алексеевская СШ» Зерендинского района Акмолинская область, программа коррекционного курса «Развитие психомоторики и сенсорных процессов», разработанная педагогом-психологом КГУ «Основная средняя школа села Дмитриевка отдела образования по Бурабайскому району управления образования Акмолинской области» Деш Н. К. Вышеуказанные и другие программы, разработанные педагогами регионов, могут быть использованы при составлении индивидуальных коррекционно-развивающих программ для детей с ООП, с учётом действующего законодательства РК и актуальных методических рекомендаций, разработанных НАО им. Ы. Алтынсарина и Национального научно-практического центра специального и инклюзивного образования.

Опыт Казахстана в создании инклюзивной образовательной среды для детей со специфическими трудностями в обучении

Результаты опроса 142 626 педагогов из 17 регионов страны, проведённого ЦИО НАО [84], показало, что лишь 13 % педагогов страны относят специфические трудности в обучении к особым образовательным потребностям (больше на 7 %, чем количество педагогов, определивших детей с поведенческими трудностями к детям с ООП). Данные результаты свидетельствуют о недостаточном понимании педагогами страны понятия «особые образовательные потребности», в соответствии с классификацией ОЭСР [76] и низким качеством выявляемости данной группы детей, что в последующем может привести к несвоевременному оказанию психолого-педагогической поддержки, низкой успеваемости и угрозе выбытия из школы, обусловленной отсутствием интереса к учёбе, низкой самооценкой и буллингом. Результаты опроса о методах выявления обучающихся с ООП показали, что лишь 41 % педагогов, выбрали ответ **«в ходе наблюдения на уроке замечаю, что обучающийся не усваивает учебный материал»** [84], что свидетельствует

о необходимости повышения профессиональной компетентности педагогов по выявлению детей с ООП, в т. ч., со специфическими трудностями в обучении.

Необходимо также отметить, что одна третья часть учителей-предметников, принявших участие в опросе, обращается за помощью специалистов (педагог-психологи, учителя-логопеды, учителя-дефектологи) для выявления обучающихся с ООП, что также свидетельствует о необходимости повышении квалификации педагогов в оценке их образовательных потребностей, а также в повышении их веры в готовность к работе с детьми с ООП [84]. Результаты интервью со специалистами школьных служб психолого-педагогического сопровождения коррелируют с ответами учителей-предметников, демонстрирующие проведение учителями-дефектологами диагностической и коррекционно-развивающей работы с обучающимися с ограниченными возможностями, а также, с обучающимися, имеющих нарушения письма, чтения и речи [84] в игровой форме и в виде специально подготовленных индивидуальных заданий на развитие мелкой моторики (лепка пластилином, рисуночные методики, конструирование).

... Индивидуальные, групповые занятия. Буквы, слоги, чтения книг. Правописания. Числа. Примеры на доске. Упражнения для языка. (Респондент 4.2.17, 22, стр. 111)

Помимо учителей-дефектологов, дети, имеющие специфические трудности в обучении, получают на занятиях с логопедом. При этом, основная часть логопедов проводит коррекционно-развивающую работу с детьми, имеющими тяжёлые нарушения речи на основании рекомендаций ПМПК, в то время как дети, имеющие дисграфию, дизорфографию, дислалию, дискалькулию и другие трудности в обучении остаются без коррекционно-педагогической поддержки [84]. Примечательно, что некоторые учителя-логопеды занимаются просветительской работой с учителями-предметниками по пропаганде профессиональных знаний о специфических трудностях:

... Во-первых, эти дети естественно зачисляются на логопункт, особенно, если у них значительные нарушения. Если у них нарушения- незначительные, то они получают методические рекомендации: учитель этого ребенка, предметники, это может быть, русский или казахский предметы, в зависимости от того, в каком классе ребенок учится, предметники английского языка получают методические рекомендации, потом родители также. Помимо этого, когда у нас было дистанционное обучение, был создан специальный курс, по которому родители могли самостоятельно заниматься по развитию зрительного восприятия, по постановке звуков, если это не дети с дизартрией, а обычные функциональные дислалки, и также раздаю родителям методические рекомендации по работе с детьми с особыми образовательными потребностями по разным категориям, логопаты там тоже присутствуют. Да, учим классных руководителей, каким образом к ребенку подойти, даем задания. В основном, дети, конечно, дети в коррекции у меня находятся, в логопункте. И в зависимости от этого мы выстраиваем с классными руководителями совместную деятельность. Где-то, я подсказываю классным руководителям, каким образом перефразировать задания, например, на СОЧах и СОРах, потому что, чтобы инструкция была немного ступенчатая, каким образом ее уменьшить. Возможно, там есть детки, у которых, например, дисграфии, им увеличиваем шрифт. Потом, на уроках обучения грамоте, в этом году они букварь изучают, сейчас попробуем, что-нибудь новое введем. Вообще, на уроке обучения грамоте первоклассникам, у которых есть дисграфия, дизорфография, стараемся с классным руководителем вместе продумывать индивидуальные карточки, особенно, в первое полугодие, когда ребенку нужна особая поддержка (Респондент 4.3.1, 22, стр. 135)

В целом, результаты интервью свидетельствуют о понимании учителями-логопедами необходимости своевременного выявления неярко выраженных

нарушений в чтении, письме, речи обучающихся, которые при отсутствии необходимой психолого-педагогической поддержки могут способствовать развитию наиболее сложным нарушений учебных навыков, таких как, дисграфия, дислексия, дискалькулия и другие [84]. В связи с чем, крайне важной в процессе выявления является помощь учителей-предметников, которым, как показали результаты исследования, требуется повышение квалификации в оценке ООП обучающихся, в т. ч., имеющих специфические трудности в обучении, своевременное оказание психолого-педагогической помощи обучающимся, усиление взаимодействия со службой психолого-педагогического сопровождения и родителями.

По итогам исследования ЦИО НАО педагогам страны рекомендована к использованию **модель психолого-педагогического сопровождения**, состоящая из трёх уровней поддержки (поддержка в классе, поддержка специалистов СППС, внешкольная поддержка), которая также может быть использована в психолого-педагогическом сопровождении обучающихся, имеющих специфические трудности в обучении [Рисунок 140, 22, стр. 179].

Изучение опыта работы педагогов с детьми, имеющими специфические трудности в обучении, показало, что, большинство педагогов страны нуждаются в повышении профессиональных знаний по выявлению данных трудностей, психолого-педагогическом сопровождении обучающихся, которые, как показывает международный опыт, могут привести к невозможным последствиям, таким как: слабая успеваемость, низкая самооценка, буллинг, проблемы в получении профессии, трудности в трудоустройстве и социализации.

Помимо педагогов, призванных помочь обучающимся со специфическими трудностями, в Казахстане в последние годы возросло количество общественных организаций, фондов, занимающихся решением проблем детей с ООП.

Одним из примеров является Проект по запуску Социального центра Дислексии в рамках проекта КФ «Болашак» «Каждый ребенок достоин школы», стартовавший в 2019 году [99] и направленный на создание экосистемы по работе с детьми с трудностями в обучении в Республике Казахстан. Руководителем Проекта является Елена Данилова, прошедшая обучение методу Дэйвиса в Эстонии и имеющая собственный опыт воспитания ребёнка с дислексией [100].

Результаты анкетирования, направленного на выявление уровня распространенности дислексии в 2-ти школах Нур-Султана, проведенного кабинетным методом представителями Проекта, показали, низкий уровень информированности о дислексии среди педагогов и родителей - 1%. У 10% детей обнаружались признаки дислектичного склада мышления [100].

Проект реализуется по двум направлениям: социальное и коммерческое направление, реализуя следующие задачи: диагностика и коррекция детей, подготовка специалистов, работа со школами.

В рамках социального направления Центр работает с организациями образования г. Нур-Султан, для обучающихся и специалистов которых

оказываются бесплатные услуги диагностики и коррекции, обучения, консультационной и методической поддержки специалистов и педагогов.

После диагностического собеседования специалист подбирает оптимальный курс коррекции и предоставляет рекомендации родителю и педагогам для поддержки ребенка. В работе используются Мультисенсорный подход коррекции трудностей обучения и Программы коррекции дислексии, дисграфии, дискалькулии и внимания по методу Р. Дейвиса. Каждая программа подбирается индивидуально для клиента.

Обучающихся организаций образования, поддерживающие с Центром сотрудничество, получают приоритет в Конкурсе на предоставление бесплатной программы коррекции. После программы коррекции специалист Центра пишет рекомендации по адаптации ребенка к образовательному процессу через новый более подходящий ребенку подход. Педагоги и специалисты организации образования получают доступ к передовой и актуальной информации по работе с детьми с трудностями в обучении в Казахстане и мире.

Обучающиеся организаций образования проходят углубленное диагностическое собеседование у специалистов Центра бесплатно, если они направляются организацией образования [99].

Со слов Елены Даниловой, одной из наиболее актуальных проблем в работе с детьми с дислексией является подготовка квалифицированных кадров [100]. Из опыта Центра, в Казахстане необходимо повышение квалификации педагогов, специалистов по работе с детьми с дислексией, повышение осведомленности родителей о ранних признаках дислексии, проведение масштабных исследований по изучению проблем дислексии [100].

3 Методические рекомендации по организации инклюзивной образовательной среды для детей с поведенческими и специфическими трудностями в обучении

В данном разделе предлагаются методологические рекомендации по оказанию помощи детям с особыми образовательными потребностями с учетом изучения причин поведенческих и специфических трудностей в обучении детей, анализа мирового опыта организации инклюзивной образовательной среды с учетом поведенческих и специфических трудностей в обучении.

Изучение психофизиологических основ поведенческих и специфических трудностей в обучении детей позволило сделать следующие основные выводы:

Поведенческие трудности могут быть вследствие особых проблем развития (синдром гиперактивности и дефицита внимания, негрубые расстройства аутистического спектра и пр.), а также неблагоприятных психологических факторов (нарушений воспитания в семье, детско-родительских и внутрисемейных отношений), что приводит к различным трудностям общения со сверстниками и учителями (робость, пассивность, замкнутость или конфликтность, непослушание, агрессивность).

Специфические трудности у обучающихся проявляются в усвоении отдельных учебных навыков: письма, чтения или счета (дисграфия, дислексия, дискалькулия др.). Эти трудности, как правило, носят временный характер и преодолеваются при условии оказания им помощи специалистов.

Школа должна держать и эти группы обучающихся в фокусе своего внимания, своевременно выявлять и оказывать им помощь. Детям с поведенческими и специфическими трудностями в обучении требуется помощь психолога на основании решения Службы психолого-педагогического сопровождения школы.

Помощь логопеда. Главным показанием для направления на занятия к логопеду являются трудности усвоения учебной программы, когда имеющиеся недостатки устной или письменной речи препятствуют успешному обучению. Обучающиеся, имеющие незначительные речевые недостатки (например, неправильное произношение звука), не влияющие на усвоение программы (ребенок успешен в обучении) направляются к школьному логопеду на консультативной основе. Консультации родителям или учителю могут оказываться однократно или на регулярной основе (один раз в неделю, в месяц, в четверть). Их необходимость и продолжительность логопед определяет самостоятельно.

Помощь психолога предоставляется обучающимся с эмоциональными, поведенческими и коммуникативными проблемами, препятствующих их успешному обучению в классе. Кратность и продолжительность занятий психолог определяет самостоятельно. Основанием для прекращения занятий с психологом является успешная адаптация школьника к учебной работе в классе, даже при сохранении у него отдельных эмоциональных и поведенческих особенностей. Обучающимся с эмоциональными и поведенческими

особенностями, не препятствующих обучению в классе и усвоению программы, оказывается консультативная помощь. Консультации родителям или учителю могут оказываться однократно или на регулярной основе (один раз в неделю, в месяц, в четверть).

Помощь педагога-ассистента. Педагог-ассистент организует, направляет, помогает ученику включаться в учебный процесс, предупреждает нежелательное поведение, эмоциональные и поведенческие срывы. Он должен, держа контроль над поведением школьника, научить его самостоятельно овладевать учебными навыками. В тоже время педагог-ассистент не должен делать за ученика то, что он может сделать сам, а помогать ему учиться самостоятельно. Индивидуальный помощник должен всегда работать над снижением поддержки, оказываемой ученику, так как основной и конечной целью индивидуального сопровождения является полная самостоятельность ученика в классе и школе.

К поведенческим и эмоциональным проблемам, требующим сопровождения относят:

- неспособность обучающегося выполнять правила поведения на уроке: не может усидеть за партой, встает, ходит по классу; не выполняет требований учителя;

- трудности восприятия или понимания фронтальных инструкций и словесных объяснений учителя, когда требуется постоянная индивидуальная помощь и поддержка педагога для обеспечения понимания учеником того, что нужно делать;

- трудности самоорганизации и самоконтроля на уроке: обучающийся не может сам подготовиться к уроку, не включается в работу класса без помощи взрослого, не выполняет классных заданий;

- поведенческие и эмоциональные особенности: ученик говорит вслух, смеется без видимой причины, кричит, плачет, отвлекает детей и мешает работе класса, проявляет агрессию к одноклассникам, учителю [101].

На основании изучения психофизиологических основ поведенческих и специфических трудностей в обучении детей и мирового опыта организации инклюзивной образовательной среды с учетом поведенческих и специфических трудностей в обучении (на основе анализа передовых методик) составлен **СВОД рекомендаций и стратегий поддержки по включению в общеобразовательный процесс детей с поведенческими и специфическими трудностями в обучении.**

Рекомендации по оказанию помощи детям с эмоциональными и поведенческими нарушениями

Эмоциональные нарушения являются состоянием, проявляющимся посредством одной или нескольких из следующих характеристик в течение длительного периода и в значительной степени неблагоприятно влияющих на школьную успеваемость:

- неспособность к обучению, которая не может быть объяснена интеллектуальными, сенсорными или другими факторами здоровья;

- неспособность устанавливать или поддерживать удовлетворительные межличностные отношения с одноклассниками и учителями;

- неуместное поведение или проявление чувств в нормальных условиях; устойчивое общее состояние подавленности или депрессии;

- тенденция к развитию физических симптомов или страхов, связанных с личными или школьными проблемами.

- Поведенческие, или эмоциональные, нарушения характеризуются поведенческими или эмоциональными реакциями во время школьных занятий, неподходящими возрастным культурным нормам этики, что отрицательно сказывается на результатах обучения в том числе академических, профессиональных и социальных навыках.

Барьеры в обучении и участии детей с комплексными эмоциональными потребностями:

- трудности взаимодействия с одним или несколькими элементами семейной, школьной и / или социальной среды;

- трудности в принятии личных решений;

- непонимание собственных проблем; они зачастую выбирают краткосрочные решения в ущерб долгосрочным;

- отсутствие эмоций или проявление эмоций, отсутствие интереса или заботы о других, повторение лишних движений;

- частое проявление беспокойства из-за незначительных проблем;

- быстрое наступление разочарования, проявление приступов гнева, которые вызывают конфликты [102].

Стратегии поддержки для включения в общеобразовательный процесс детей с эмоциональными и поведенческими нарушениями



Пространственно-физическая среда

Ребенка следует посадить за первую парту или близко от стола учителя, но так, чтобы он не чувствовал себя исключенным из коллектива. Рекомендуется рассадка учеников с эмоциональными и поведенческими нарушениями с детьми с устойчивым поведением и большей внимательностью.



Общение

Чтобы управлять поведением ученика, учитель должен уметь владеть и управлять собственными эмоциями и поведением. Учитель, который работает с учеником с эмоциональными и поведенческими расстройствами, должен установить с ним доверительные отношения. Рекомендуется словесное, невербальное одобрение (улыбка, аплодисменты); физический контакт (прикосновение к плечу, пожатие руки, объятия и т.д.); обеспечение доступа к любимым занятиям; предоставление премий, подарков и т.д.



Учебный процесс

- Поощрение ученика. Положительное подкрепление (одобрение, похвала и т.д.) увеличивает вероятность того, что ребенок в будущем повторит подобное поведение в других ситуациях.
- Определение сильных сторон этих учеников может привести к тому, что в классе их будут воспринимать положительно.
- Оказание внимания ученику и поощрение за его хорошее поведение.
- Поддержка учеников в планировании способа, которым они будут выполнять задачу, требующую большего времени, и контроль выполнения плана.
- Использование методов преподавания и обучения на основе совместного обучения. Использование визуальных средств для актуализации задач, которые должны быть выполнены.
- Постоянная обратная связь, ежедневное доверие к ученику поощряет необходимое поведение и желание учеников по возможности приобрести навыки самостоятельной работы.
- Игнорирование нежелательного поведения ребенка, когда он намеренно пытается привлечь внимание; это позволит избежать повторения такого поведения.
- Сотрудничество с родителями, с целью оказания помощи с их стороны своим детям в приобретение навыков самостоятельности и правильного распределения своего времени.

Рекомендации по оказанию помощи детям со специфическими трудностями

Трудности в обучении представляют собой общий термин, который описывает определенные проблемы, трудности в обучении ребенка. Трудности в обучении неоднородны, ассоциированы, специфичны для развития детей. Они влияют на двигательные навыки (движение, координацию движений, ориентацию в пространстве), интеллектуальные способности (восприятие, память, мышление, внимание, язык/речь). Они отражаются на академической успеваемости (чтение, письмо, счет и т.д.), поведении и эмоциях.

Есть 2 вида трудностей в обучении: (1) невербальные, в том числе трудности психомоторные (диспраксия, дисграфия) и (2) вербальные, которые связаны с речевыми нарушениями и нарушениями базового языка (дислексия и дискалькулия). Наиболее распространенными трудностями в обучении являются следующие: диспраксия, дисграфия, дислексия, дискалькулия.

Диспраксия является специфической трудностью в обучении, которая влияет на способность планировать последовательность движений, пространственную ориентацию, координацию движений и автоматизм произвольных жестов. Это часто связано с проблемами восприятия, языка и

мышления, эмоциональными проблемами и поведенческими трудностями. Диспраксия проявляется в следующих специфических нарушениях:

- На уровне двигательных навыков – общая неуклюжесть, плохой баланс, трудности в приобретении навыков для координации движений отдельных частей тела (езда на велосипеде или плавание), трудности в формировании графических навыков (рисунок, письмо).

- На уровне формирования ручной и практической деятельности: трудности в разложении по порядку вещей, плохое неразборчивое письмо, трудности в моторике руки (частое опрокидывание вещей, еды, столовых приборов и т.д.).

- На уровне личного представления и пространственных навыков: неопрятный и взъерошенный внешний вид, неуклюжая походка, запутанное представление себя самого.

- На уровне формирования навыков в области математики и чисел: тенденции инверсии и неправильной записи чисел, трудности с точки зрения размещения/ пространственного выражения, рисунков, графиков, таблиц и т.д.

- На уровне эмоционального и социального общения – трудности во взаимодействии и устном общении, отсутствие доверия, разочарование, защитное или агрессивное нервное поведение, отсутствующий вид или состояние тревоги, стресса и депрессии.

Дислексия является специфической трудностью в обучении, влияющей на формирование и развитие навыков грамотности (чтение, письмо, декодирование слов (смыслов), математический счет, умение слушать) и связаны с развитием и использованием языка. Дислексия выражается в нарушениях когнитивных способностей (оперативная память).

Признаки дислексии варьируется в зависимости от возраста. Наиболее распространенные признаки развития детей с дислексией:

- ребенок начинает говорить позже, чем сверстники; имеет большие трудности, в отличие от других детей, в произношении звуков речи, слов;

- испытывает большие трудности в запоминании алфавита, цифр, дней недели, цвета, трудности в написании и прочтении собственного имени;

- трудности в чтении стихов, пересказе текстов, рассказов, историй и др.;

- тяжело делит слова на слоги, имеет трудности при обучении чтению, рукописному тексту;

- переставляет буквы в словах (сок – кос, дуб - буд и т.д.), числа в подсчетах;

- чрезвычайно трудно учит грамматику, орфографию, плохо овладевает чтением и письмом;

- имеет неразборчивый почерк, обычно берет ручку или карандаш странным образом, в кулак, или держа его очень сильно;

- трудно запоминает новые слова, факты, события;

- имеет недостаточный словарный запас, тяжело усваивает идеи, новую информацию из прочитанных текстов;

- имеет трудности в организации своего времени, планировании работы и т.д.

Дискалькулия – это нарушение понимания логики математических действий и использования математических понятий, операций и приемов

устного и письменного счета. Навыки счета, принимая во внимание период охвата обучением и уровень интеллекта ребенка, остаются недостаточно развитыми по сравнению со средним показателем данного возраста.

Дисграфия – это расстройство письма, которое проявляется в нарушении графомоторных характеристик (неразборчивые буквы, скорость письма, расположение в пространстве, использование заглавных букв) и/или нарушении фонологических характеристик языка (грамматика, составление предложений, каллиграфическое, орфографическое, правильное письмо).

Трудности в обучении могут возникать при любом уровне интеллекта учащегося. Это происходит не по причине отсутствия практики, мотивации, не связано с эмоциональными факторами или плохой подготовкой учителей. Это не зависит от национальности или социально-культурного уровня семьи.

Недостаточное развитие способностей к обучению происходит на различных стадиях развития и имеет разные степени проявления, представленные в различных комбинациях, которые формируют основу трудностей обучения, мешая процессу обучения навыкам чтения, письма и математики. Каждый ребенок с дислексией отличается разными симптомами и нуждается в индивидуальной поддержке. Следовательно, к барьерам на пути обучения и школьного участия детей с трудностями в обучении относятся:

- значительная разница между его интеллектуальными способностями и школьной успеваемостью;
- демонстрация трудностей в использовании образовательных стратегий, которыми его сверстники пользуются с легкостью;
- школьные результаты ниже, чем у его сверстников;
- трудности в произношении;
- трудности в навыках чтения и письма;
- трудности на уровне математических расчетов и решении задач;
- трудности в психомоторной и пространственной ориентации;
- трудности в общении и социальных отношениях, которые негативно влияют на обучение.

Трудности в обучении могут быть устранены с помощью индивидуализированной педагогической помощи.

Стратегии поддержки для включения в общеобразовательный процесс детей со специфическими трудностями в обучении



Пространственно-физическая среда

- Размещение ученика близко к учителю для возможности оказания помощи и осуществления контроля.



Общение

- Обеспечение немедленной, постоянной, конкретной и конструктивной обратной связи. Обеспечение обратной связи и позитивные аспекты, которые будут являться стимулами.
- Развитие у учеников навыков устного/письменного общения, приема/передачи сообщения.
- Рекомендуется задавать вопросы прямо. Ненужные абстракции или очень научный стиль речи может привести к путанице. Желательно, чтобы ребенку был дан список ключевых понятий.



Учебный процесс

- Использование различных форм преподавания: они особенно эффективны в случае детей с дислексией: (мультисенсорный подход, ментальная карта, использование разных способов запоминания, использование компьютера).
- Использование дополнительных визуальных презентаций, таких как PowerPoint, проектор, диаграммы, небольшие карты, графики.
- Выделение основных идей урока и повторение их несколько раз различными способами.
- Представление краткого, четко структурированного резюме в письменной или устной форме, по возможности, для четкого представления об уроке.
- Адаптация способов реагирования на требования. Например, вместо письменного ответа на вопросы дайте ученику возможность ответить в устной форме (для учеников с трудностями в чтении/письме), позвольте ученикам продемонстрировать свои знания с помощью практических действий.

Рекомендации по оказанию помощи детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ)

Любой ребенок может быть иногда невнимательным, импульсивным или гиперактивным, но ребенок с СДВГ демонстрирует симптомы и поведение чаще и в более тяжелой форме, чем дети того же возраста. СДВГ встречается у 3-5% детей школьного возраста. СДВГ всегда начинается в возрасте до 7 лет и продолжается в зрелом возрасте. Многие дети с СДВГ страдают и от других сопутствующих осложнений: трудности в обучении, депрессии, тревожность, поведенческие расстройства.

Барьеры на пути обучения и участия детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью СДВГ:

- Неспособность к концентрации действий и внимания. Они демонстрируют различные поведенческие реакции в зависимости от широты и глубины

внутренних переживаний. Внешне расстройства проявляются посредством неустойчивых эмоциональных реакций различной интенсивности (страх, гнев, ярость, неконтролируемый смех и плач); импульсивного поведения; чрезмерной гиперактивности; агрессивного поведения; плохих отношений со сверстниками. Эти симптомы проявляются в течение 6 и более месяцев. Мальчики страдают чаще, чем девочки.

- Импульсивность: сложность внутренней речи; заканчивает высказывания других людей и/ или прерывает их.

- Расстройства некоторых психических функций (внимание, память, мышление), низкая способность делать заметки, заторможенность понимания, что приводит к неспособности учиться на ошибках или с опорой на предыдущий опыт. В случае наличия дефицита внимания с гиперактивностью ребенок демонстрирует различные расстройства личности как внутри, так и вне. Внутреннее расстройство может возникнуть, например, как длительное состояние тревоги (необоснованный страх и разочарование); эмоциональная неустойчивость и депрессия; изоляция, отказ от других; отвращение к деятельности, безразличие.

Стратегии поддержки для включения в общеобразовательный процесс детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности СДВГ



Пространственно-физическая среда

- Выявление стимулов из обучающей среды, которые отвлекают ученика; ограничение их влияния. Расположение ученика как можно дальше от отвлекающих зон (например, окна).

- Размещение вокруг ученика с СДВГ других учеников, достаточно внимательных и не имеющих трудностей в поведении.



Общение

- Формулирование требований в утвердительном и позитивном тоне. Четкое и лаконичное формулирование задач. Использование четкого, конкретного словаря, доступного ребенку. Избегание заявлений, которые содержат несколько задач.



Учебный процесс

- Начало деятельности с задачи или стимула, который привлечет внимание. Привлечение и удержание внимания вербальными и невербальными элементами (жесты, мимика, тон голоса).

- Предоставление дополнительного времени для выполнения конкретных задач.

- Адаптация времени, выделенного на выполнение задачи или теста. Например: индивидуализация времени, отведенного на осуществление деятельности; установление различных ритмов (возрастание или убывание ритма) для некоторых учеников.

- Использование коротких перерывов во время урока.

- Недопущение резких переходов от одного вида деятельности к другому.

- Определение способов поддержки или поощрения и похвалы сильных сторон ребенка, особенно во внеурочное время.

- Устранение факторов, которые могут отвлечь ребенка во время урока.

- Определение мероприятий, которые приятны для ребенка, и поощрение его участия в них.

Дети с СДВГ более трудно следуют правилам, но их поведение можно контролировать, часто обращаясь к ним или же сразу реагируя на их поведение. Например, если здоровый ребенок хорошо себя ведет, родитель будет его хвалить несколько раз в день; ребенок с СДВГ нуждается в более частых (может быть, даже каждые 20 минут) и непосредственных реакциях от родителей. Независимо от характера обратной связи, словесная похвала будет более эффективной, если она своевременна и часта. Роль родителя заключается в поощрении ребенка, предоставлении ему возможности поверить в собственные силы.

Рекомендации по оказанию помощи детям с аутизмом

Как известно, синдром раннего детского аутизма оформляется окончательно к 2,5-3 годам. В этом возрасте психическое развитие ребенка имеет уже выраженные черты искаженности (В.В. Лебединский, 1985), нарушения носят всепроникающий характер и проявляются в особенностях моторного, речевого, интеллектуального развития. В настоящее время становится все более понятно, что искажение психического развития связано, прежде всего, с общим нарушением возможности ребенка вступать в активное взаимодействие с окружающим. Такое нарушение является закономерным результатом трудностей становления уже на первом году жизни основных аффективных механизмов, формирующих и поведение, и само мироощущение ребенка (О.С. Никольская, 1990). Они развиваются скорее в целях защиты и ограждения малыша от контактов с миром.

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

- нарушение способности к установлению эмоционального контакта;

- стереотипность в поведении проявляется как выраженное стремление сохранить постоянство условий существования и непереносимость малейших его изменений; как наличие в поведении ребенка однообразных действий — моторных (раскачивания, прыжки, постукивания и т.д.), речевых (произнесение

одних и тех же звуков, слов или фраз), стереотипных манипуляций каким-либо предметом; однообразных игр; пристрастий к одним и тем же объектам; стереотипных интересов, которые отражаются в разговорах на одну и ту же тему, в одних и тех же рисунках;

- совершенно особые нарушения речевого развития (мутизм, эхолалии, речевые штампы, стереотипные монологи, отсутствие в речи первого лица), суть которых — нарушение возможности использовать речь в целях коммуникации;

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

Барьеры на пути обучения и участия детей с аутизмом:

- Социальное взаимодействие и межличностные отношения, которые выражаются целым рядом признаков: неспособность установить дружеские отношения с детьми того же возраста; отсутствие необходимости разделять радость, боль или печаль, занятость или достижения с другими людьми и т.д.; отсутствие эмпатии, трудности в понимании чувств других и т.д.;

- Вербальное и невербальное общение, которое проявляется в задержке речи; около 50% детей, страдающих аутизмом, испытывают трудности в развитии речи; значительные проблемы в развитии невербальных навыков общения, например, прямой взгляд, восприятие мимических выражений и пантомимы и др. Они используют стереотипные и повторяющиеся слова/предложения (эхолалия); обнаруживают трудности в поддержании разговора, в понимании точки зрения человека, с которым разговаривают; снижается способность понимать сообщение, переданный смысл, шутку и т.д.;

- Пониженный интерес к различным видам деятельности, в том числе игровой, проявляющийся следующим образом: стереотипное поведение идет по тому же маршруту в школу, хлопает руками или же его тело колыхается и т.д.). Часто дети, страдающие аутизмом, обнаруживают необычное внимание к игрушкам, сосредоточены на части игрушки (например, колеса автомобиля); проявляют преувеличенный интерес по отношению к определенным темам (футбол, расписание поездов, прогноз погоды, новости и т.д.), «живут в своем собственном мире»;

- Трудности в планировании и постановке целей;

- Трудности в определении шагов, необходимых для достижения поставленных целей;

- Отсутствие эмпатии (они безразличны, пассивны по отношению к другим людям или относятся к ним высокомерно);

- Отсутствие воображения (не могут играть роли, но иногда обнаруживают странный интерес к датам и цифрам).

Таким образом, необходимость раннего коррекционного вмешательства при признаках аутистического развития очевидна.

Рассмотрим основные принципы коррекционного подхода в работе с детьми раннего возраста с подобным нарушением аффективного развития.

1. Логика аффективного развития аутичного ребенка, в силу тех патологических условий, в которых оно происходит (изначальная слабость тонуса и сверхчувствительность) отражает направленность на создание надежных способов аутостимуляции, повышающей его психический тонус и заглушающей постоянно возникающий дискомфорт, хроническое состояние тревоги и различные страхи. На ранних этапах аутистического дизонтогенеза можно видеть, как происходит связанное с этим искажение психического развития ребенка. Фиксация отдельных сильных ощущений от внешнего сенсорного потока, от своего тела происходит очень рано. Ребенок вновь и вновь стремится их повторить, тем самым ограничивая возможность формирования механизмов реальной адаптации в развитии отношений с окружающим миром, и, прежде всего, с близкими.

Если в норме погружение младенца в поток сенсорной стимуляции идет в одном русле с его взаимодействием с матерью, то здесь уже в первые месяцы жизни ребенка особая поглощенность сенсорными переживаниями начинает препятствовать этому взаимодействию и развивается в самостоятельную линию, блокирующую важнейший механизм эмоционального тонизирования от близкого человека. Исходя из этого главным принципом коррекционного подхода является попытка объединить эти две линии (влияние сенсорного поля и взаимодействие с близким) в единую. Поскольку линия механической аутостимуляции ребенка является сильнее, взрослому человеку необходимо подключаться к ней, становиться ее неотъемлемой частью и постепенно уже изнутри наполнять ее новым содержанием эмоционального общения.

2. Помимо искажения психического развития при раннем детском аутизме мы видим в любом случае, даже при ощущении достаточно интенсивного интеллектуального развития и при наличии каких-то избирательных способностей у ребенка, его выраженную эмоциональную незрелость. Поэтому, вступая с ним во взаимодействие, нужно адекватно оценивать его реальный «эмоциональный» возраст. Необходимо помнить о том, что он легко пресыщается даже приятными впечатлениями; что он часто действительно не может подождать обещанного; что ему нельзя предлагать ситуацию выбора, в которой он самостоятельно беспомощен; что ему нужно время для того, чтобы пережить полученное впечатление или информацию – поэтому характерны отсроченные реакции, стремление стереотипизировать взаимодействие с окружающим. Перечисленные особенности не являются в принципе патологическими, они характерны и для очень ранних этапов нормального развития. Вспомним, как младенец отрицательно реагирует на задержку удовлетворения его потребности, как требует для ухода за собой одни и те же руки, как многократно он хочет повторить одно и то же приятное впечатление, как легко возникает плач после сильной радости или возбуждения.

Как любой малыш, аутичный ребенок очень чувствителен к интонации, с которой к нему обращаются, крайне чуток к эмоциональному состоянию близкого человека – особенно легко ему передаются его тревога, неуверенность, он страдает от дискомфорта, но часто может выражать это не сопереживанием, а

ухудшением собственного состояния, усилением страхов, агрессивным поведением.

Очень часто мы видим двух-трехлетнего ребенка и старше, который по своему аффективному возрасту, прежде всего по способности понять эмоциональный смысл ситуации, не дотягивает еще даже до года. Понятно, что младенца никто не станет организовывать, призывая на помощь его сознательность, чувство долга, вины, требовать от него сострадания. Однако двухлетнего ребенка уже упрекают: «Как тебе ни стыдно!», «Ты расстроил маму», «Ты что, не можешь потерпеть?», «Не жадничай». Поэтому одной из первых рекомендаций, которую мы даем родителям, является: «Вспомните, как вы разговаривали с малышом, когда он был младенцем...».

3. Оказание коррекционной помощи невозможно без точного определения доступного ребенку уровня взаимодействия с окружением, превышение которого неизбежно вызовет у него уход от возможного контакта, появление нежелательных протестных реакций – негативизма, агрессии или самоагрессии и фиксацию негативного опыта общения.

По каким параметрам определить наиболее адекватный в данный момент ребенку уровень контактов с окружающим миром и людьми?

- Какая дистанция общения для него более приемлема? Насколько близко он сам приближается к взрослому и насколько близко подпускает его? Можно ли взять его на руки и как он при этом сидит (напряженно, приваливается, карабкается), как относится к тактильному контакту, смотрит ли в лицо и как долго? Как он ведет себя с близкими и как с незнакомыми людьми? Насколько он может отпустить от себя маму?

- Каковы его излюбленные занятия, когда он предоставлен сам себе: бродить по комнате, забираться на подоконник и смотреть в окно, что-то крутить, перебирать, раскладывать, листать книгу и др.?

- Как он обследует окружающие предметы: рассматривает; обнюхивает; тащит в рот; рассеянно берет в руку, не глядя, и тотчас бросает; смотрит издали, боковым зрением? Как использует игрушки: обращает внимание лишь на какие-то детали (крутит колеса машины, бросает крышечку от кастрюли, трясет веревку), манипулирует игрушкой для извлечения какого-либо сенсорного эффекта (стучит, грызет, кидает), проигрывает элементы сюжета (кладет куклу в кровать, кормит, нагружает, машину, строит из кубиков дома)?

- Сложились ли какие-то стереотипы бытовых навыков, насколько они развернуты, насколько жестко привязаны к привычной ситуации?

- Использует ли он речь и в каких целях: комментирует, обращается, использует как аутостимуляцию (повторяет одно и то же аффективно заряженное слово, высказывание, выкрикивает, скандирует)? Насколько она стереотипна, характерны ли эхоталии, в каком лице он говорит о себе?

- Как он ведет себя в ситуациях дискомфорта, страха: замирает, возникают панические реакции, агрессия, самоагрессия, обращается к близким, жалуется, усиливаются стереотипии, стремится повторить или проговорить травмировавшую ситуацию?

- Каково его поведение при радости — возбуждается, усиливаются двигательные стереотипии, стремится поделиться своим приятным переживанием с близкими?

- Как он реагирует на запрет: игнорирует, пугается, делает на зло, возникает агрессия, крик?

- Как легче его успокоить при возбуждении, при расстройстве — взять на руки, приласкать, отвлечь (чем? — любимым лакомством, привычным занятием, уговорами)?

- Насколько долго можно сосредоточить его внимание и на чем: на игрушке, книге, рисунке, фотографиях, мыльных пузырях, свечке или фонарике, возне с водой и т.д.?

- Как он относится к включению взрослых в его занятие (уходит, протестует, принимает, повторяет какие-то элементы игры взрослого или отрывки его комментария)? Если позволяет включаться, то насколько можно развернуть игру или комментарий?

Наблюдения по перечисленным выше основным параметрам, характеризующим поведение ребенка, могут дать информацию о его возможностях как в спонтанном поведении, так и в создаваемых ситуациях взаимодействия. Обычно эти возможности существенно различаются. Так, в своей непроизвольной активности ребенок может достаточно ловко манипулировать объектами: быстро листать страницы, собирать кусочки мелкой мозаики, соединять детали конструктора, расслаивать веревочку, но, когда родители пытаются вложить ему в руку ложку, чтобы приучить его к самостоятельной еде, или карандаш, чтобы научить его рисовать, он оказывается страшно неловким, несостоятельным. Такой ребенок может неожиданно произнести достаточно сложное слово «в пространство», но не может повторить по просьбе даже самое простое сочетание слогов.

Это не упрямство, не нежелание, а реальные трудности произвольной организации ребенка с серьезными нарушениями аффективного развития. И оценивая уровень его наличных возможностей взаимодействия с окружающим, мы должны прежде всего определить, насколько он в данный момент вынослив в контакте и насколько велики эти трудности.

Вместе с тем, зная, на что способен ребенок в своей аутостимуляционной активности, мы можем рассчитывать на реализацию этих потенциальных возможностей в правильно организованной среде.

4. Основная нагрузка, как физическая, так и психическая, в воспитании ребенка ложится на его мать. Нужна регулярная помощь специалистов, которые могли бы квалифицированно оценить состояние ребенка, его динамику, подсказать матери конкретные коррекционные приемы в работе с ним, наметить следующие закономерные этапы психологической коррекции и обучения. Однако в попытках наладить взаимодействие с ребенком с серьезными нарушениями эмоционального развития (особенно раннего возраста) специалист не должен подменять родителей. Механизм привязанности должен быть сформирован именно к матери, именно она должна научиться самостоятельно управлять поведением малыша, справляться с его состояниями повышенной

тревожности, агрессивности. Только она наиболее естественно может наполнить их общие складывающиеся стереотипы бытовой жизни важными для обоих аффективными подробностями.

Понятно, что с ребенком, имеющим серьезные нарушения эмоционального развития, должны быть активно задействованы все его близкие. Особость этой ситуации состоит не только в том, что мама нуждается в постоянной поддержке и помощи, безусловно большей, нежели при уходе за нормально развивающимся малышом. Необходимость активного участия всех членов семьи в воспитании такого ребенка связана с особыми трудностями формирования у него разнообразных форм контакта. Маленький ребенок с благополучно протекающим аффективным развитием справляется с этим сам примерно уже с полугодовалого возраста, прекрасно ориентируясь в нюансах взаимодействия с мамой, папой, бабушкой, братом и другими близкими, зная, кому он может пожаловаться, с кем пошалить и т.д. Аутичный ребенок может вступать в контакт обычно в жестко стереотипной форме, неукоснительного соблюдения которой он требует ото всех недифференцированно, либо привязывается симбиотически только к одному лицу, и тогда не допускаются до взаимодействия все остальные. Раннее подключение к контакту с матерью других близких может несколько смягчить эту проблему, сделать взаимодействие с окружающими людьми более разнообразным и гибким (за счет складывания не одного, а нескольких стереотипов общения).

Другая причина важности подключения других родных — частая необходимость участия одновременно, по крайней мере, двух взрослых для отлаживания у малыша различных форм реагирования. Распределение ролей между ними происходит следующим образом: один берет на себя как бы внешний контакт с ребенком — пытается войти с ним во взаимодействие, спровоцировать его активность, подключиться к его аутостимуляции, поддержать адекватно его спонтанные проявления; второй активно помогает ребенку войти в это взаимодействие, работая его телом, руками, ногами, вокализируя за него и вместе с ним, оформляя его звуки в нужные по смыслу ситуации слова, эмоционально реагируя за него, поддерживая и усиливая его малейшие намеки на вступление в контакт, при необходимости изображая их. Из воспоминаний некоторых родителей аутичных детей мы знаем, что именно таким путем у ребенка получалось формирование элементов подражания, игры, моторных навыков, провоцирование и развитие речи.

5. Большое значение в успешности коррекционной работы имеет правильная оценка динамики развития ребенка. Даже когда близкие ребенка очень внимательны ко всем его проявлениям: и небольшим ухудшениям состояния, и к малейшему его движению в сторону новых положительных приобретений, им в этом часто нужна помощь специалиста. Быстрое привыкание к новым возможностям малыша, а иногда и некоторая их недооценка либо, напротив, большое желание принять отдельные признаки зарождающейся способности за умение, которое должно стабильно проявляться, — естественные последствия каждодневной жизни с ребенком и невозможность стать на позицию «объективного наблюдателя» со стороны.

Кроме того, часто новые способы реагирования ребенка, новые особенности его поведения трудно оценить однозначно. Например, малыш стал агрессивным или жадным, или у него появились страхи, или он стал требовать постоянного присутствия мамы — что это плюс или минус? Для того чтобы адекватно оценить эти и другие изменения, нужно хорошо помнить точку отсчета — исходный уровень возможностей его взаимодействия с окружением и рассматривать появившиеся новые проявления в сравнении с ним и в общем контексте поведения. Например, появление страхов у ребенка, у которого раньше не было чувства края, который спокойно мог убежать от мамы, не реагировать на боль, свидетельствует, безусловно, о положительной динамике психического развития — о зарождении нового уровня в его контактах с миром. Если малыш, раньше индифферентно относившийся к близким, стал проявлять сверхпривязанность к маме или ранее ничего не просящий стал надоедать, приставать к родителям, а пассивно подчиняемый — проявлять негативизм и агрессию — это, конечно, усложняет жизнь всей семьи, создает часто новые серьезные проблемы, но никак не говорит о том, что ребенку стало хуже.

Адекватная оценка изменений, происходящих с ребенком, нужна для того, чтобы понять не только, правильно ли было организовано взаимодействие с ним, но и в каком направлении надо двигаться дальше, к освоению каких следующих новых способов взаимодействия с окружением его следует осторожно подводить.

Некоторые приемы организации коррекционной помощи

1. Первым и основным приемом коррекционного воспитания ребенка с выраженными трудностями аффективного развития является создание для него адекватно организованной среды.

Как же правильно организовать ту среду, в которой включение во взаимодействие аутичного ребенка будет максимальным?

А. Необходимо создать и поддерживать особый аффективный режим воспитания ребенка

Речь идет не только о регулярности режимных моментов каждого дня. Хотя это тоже очень важно. По историям развития таких детей мы знаем, что на первом году жизни у большинства из них в этом проблем не было. В дальнейшем часть детей строго следовали установленным стереотипам, трудности возникали, напротив, с попытками близких внести в них даже малейшие изменения. Другие дети, наоборот, теряли ту регулярность жизни, которой они до года пассивно подчинялись, и уже к 3 годам родители обычно испытывали большие проблемы с тем, чтобы накормить ребенка вовремя и за столом, в определенное время усадить на горшок, уложить спать, вывести на прогулку и привести с улицы домой и т.д.

С одной стороны, чрезмерная склонность к повторению однажды заведенного порядка представляет собой серьезное препятствие для развития более естественных и гибких способов взаимодействия с окружением, с другой — создание определенного стереотипа — привычек, правил («как всегда») — обязательный компонент адаптации, дающий ощущение надежности, стабильности.

Для аутичного ребенка и с более тяжелым, и с более легким вариантами развития стереотипная форма существования является наиболее доступной, а на начальных этапах коррекционной работы – обычно и единственно возможной. Именно она часто помогает уберечь его от аффективного срыва, запустить с большей вероятностью его активность в адекватных контактах с окружающим, закрепить полученные достижения.

Говоря о специальном аффективном режиме, мы имеем в виду не только физическое поддержание сложившегося стереотипа каждого дня, но и регулярное проговаривание его, комментирование всех его деталей, объяснение ребенку эмоционального смысла каждой из них и их связи. В этом и заключается разработка аффективных бытовых стереотипов малыша с помощью близкого, которая происходит на ранних этапах нормального развития.

По сути дела, такой режим обычно создает младенцу на первом году жизни мать, а чаще – бабушка, которая проговаривает, переживает вслух все события дня, планирует основные моменты жизни семьи, подытоживает – «как прожили сегодня». Вспомним, какая характерная интонация – размеренная, распевная, ласковая, оптимистичная бывает при этих приговорах; как ребенок естественно становится постоянным соучастником всего того, что происходит в доме: «Проснулся, мой золотой, ну давай одеваться... пойдём кашку варить... А что у нас за окошком? Ах, этот дождик, но ничего, пройдет, и мы гулять пойдём ... Кто это нам звонит? Наверное, папа с работы... Сейчас, сейчас подойдем...» и т.д. Но это получается естественно, само собой, если ребенок с восторгом смотрит на говорящего взрослого, лепечет в ответ на его речь, эмоционально реагирует, следит за тем, что он делает. Если же выраженной реакции нет, малыш кажется безучастным к тому, что говорит и что показывает мама, ее развернутые и эмоциональные комментарии тоже начинают затухать, сворачиваться. Характерно, что часто даже очень внимательные и эмоциональные матери аутичных детей взаимодействуют с ними молча. Между тем именно в этом случае подобные комментарии особенно необходимы.

У более старших аутичных детей наблюдается фрагментарность восприятия, их картина мира – спрессованные, неразвернутые, аффективно насыщенные отдельные переживания, которые сохраняются в неизменной форме на протяжении многих лет. Поэтому так важно уже с самого раннего возраста давать представление такому ребенку о связи отдельных впечатлений, объяснять ее эмоциональный смысл. Чтобы включить его хотя бы в более пассивной форме (слушания) в этот комментарий, взрослый обязательно должен опираться на значимые для ребенка аффективные детали его жизни. Если при благополучном эмоциональном развитии малыш радуется уже самому факту, что мама с ним говорит, он буквально впитывает ее интонацию, ловит моменты акцентирования ее внимания, в общем с готовностью «идет» за ней, то здесь часто матери приходится следовать за ребенком, в первую очередь отмечая важные для него моменты («достанем печеньице из буфета», «откроем кран, и водичка польется быстро-быстро» и т.п.) и соединяя их с постепенно нарастающими деталями эмоционального переживания происходящего, значимыми для нее самой.

Благодаря поддержке эмоционального режима становится возможной разметка времени. Регулярность чередования событий дня, их предсказуемость, совместное переживание с ребенком прожитого и планирование предстоящего создают в совокупности временную сетку, благодаря которой каждое сильное для ребенка впечатление оказывается не заполняющим собой все его жизненное пространство и время, но находит в ней какую-то ограниченную область. Тогда легче можно пережить то, что было в прошлом, подождать того, что будет в будущем.

Как важно разметать время, так же необходимо разметать и пространство, в котором живет ребенок. Такая разметка происходит также благодаря постоянному эмоциональному комментарию взрослого того, что обычно происходит на данном месте: еды, одевания, игровых занятий, прогулки, ритуала прощания с кем-то из близких, уходящих на работу (например, помахать в окно рукой), сидения на горшке и т.д.

Постоянство места и времени соблюдается аутичными детьми в одних случаях очень жестко и неукоснительно, и здесь основная забота ребенка, чтобы были сохранены все детали – иначе возникает тревога, дискомфорт. Взрослый должен не допустить их механического перебора, но помочь ребенку эмоционально осмыслить их необходимость. Даже в случае, когда в уже сложившийся, застывший стереотип ребенка включены, казалось бы, бессмысленные ритуальные действия, их также надо пытаться включать в общий смысловой контекст. В таком случае ребенок совершает их менее напряженно и ожесточенно. Например, если он должен обязательно, войдя в комнату, требовать, чтобы его поднесли к выключателю и несколько раз щелкнуть им, это можно прокомментировать следующим образом: «Проверим, горит ли свет — все в порядке, нам будет светло», или если он сосредоточен на том, чтобы была прикрыта дверь – «Закрой, закрой, чтобы не дуло», если раскладывает в определенном порядке фломастеры на столе — «Так, все у нас на месте, ты же аккуратный мальчик». Нежелательное же закрепление их происходит при попытках запретить их или торопливо свернуть.

В других случаях достижение этого постоянства — большая проблема и складывание этих простейших привычек возможно как раз через многократное повторение их в комментариях («здесь мы всегда делаем то-то, а здесь мы больше всего любим делать то-то...»), пока ребенок еще реально не зафиксировал эти места.

Формирование таких осмысленных бытовых стереотипов может происходить очень медленно. Часто остается поначалу впечатление, что подобное комментирование идет вхолостую, что внимание ребенка не удастся зацепить никакой аффективной деталью, однако следует этим заниматься регулярно, постоянно. Это прежде всего задает определенный размеренный ритм самому взрослому, не дает возможности упустить какой-то важный момент или впечатление даже если ребенок не настроен в данный момент задержаться на нем подольше, его надо обговорить и зафиксировать тем самым его присутствие в общем распорядке дня.

По первоначальному отсутствию выраженной реакции аутичного ребенка нельзя судить о том, что он ничего не воспринял. Точно так же, как он может вставить недостающее слово в стихотворной строчке и тем самым подтвердить, что он помнит это стихотворение, он может обозначить пропущенный момент в привычном распорядке дня (потянуть в нужное место, назвать действие, которое там обычно совершается, или просто расстроиться из-за того, что этого момента не было).

Проговаривание подробностей прожитого дня, их закономерное чередование дает возможность более успешной регуляции поведения маленького ребенка, чем попытки его внезапной организации, когда у матери, например, появились время и силы. Во-первых, при этом меньше вероятность пресыщения, поскольку идет непрерывная смена впечатлений, действий. Во-вторых, многократное ежедневное повторение обязательных событий дня, их предсказуемость определенным образом настраивает малыша на то, что ему предстоит, на последовательность занятий и облегчает в значительной степени возможности его переключения. А как мы знаем, застреваемость на отдельных впечатлениях и крайне быстрая пресыщаемость в произвольной активности аутичного ребенка являются одними из наиболее серьезных препятствий в организации его взаимодействия с окружением.

Б. Сенсорная организация пространства

- Использование чувствительности к строению и динамике окружающего сенсорного поля.

Известно, насколько аутичный ребенок зависим от окружающего сенсорного поля. С одной стороны, это создает огромные трудности в его произвольной организации: случайные впечатления отвлекают его, он может слишком сильно погружаться в избирательные ощущения или уходить от взаимодействия, если присутствует в поле негативный раздражитель. Так, например, притягивающая его внимание электрическая розетка на стене (которая вызывает у ребенка страх) может занять его целиком и сделать безуспешными попытки организовать его на какое-либо занятие либо быть причиной того, что ребенок просто не войдет в эту комнату. Часто такая чрезмерная зависимость бывает причиной отсутствия чувства самосохранения (когда он может убежать по дорожке в лес, зайти глубоко в воду, залезть высоко по лестнице, броситься к манящему впечатлению через дорогу или, наоборот, метнуться от отрицательно заряженного раздражителя).

С другой стороны, продуманная организация сенсорной Среды позволяет избежать впечатлений, разрушающих взаимодействие ребенка с окружением, и наполняет ее стимулами, побуждающими к определенным действиям, задающим нужную последовательность. Например, постеленная в коридоре дорожка «заставляет» по ней бежать в нужном направлении, вовремя открытая дверь «организует» выход ребенка.

Помощником взрослого, пытающегося наладить взаимодействие с ребенком, может выступать прежде всего ритмическая организация воздействий. Первые игры, которые осваивает с помощью близких малыш и при нормальном развитии, в значительной степени построены на ритмической основе. В

коррекционной работе следует активно использовать эти естественные приемы произвольной организации. Ритмический узор цветного орнамента позволяет длительное время фиксировать картинку в книге, повторяющийся рисунок детского коврика (чередование дорог и домиков) дольше следить за движением по нему машинки, музыкальный ритм легче организует движения, ритмичный пересчет ступенек (или ритмично напеваемый марш) поможет боязливому и осторожному малышу преодолеть лестницу.

Ритм может выступать и как фон, организующий и собирающий ребенка на какое-то более сложное занятие. Так, под ритмическое движение качелей или лошадки-качалки малыш способен прослушать сказку или какой-то небольшой рассказ о его жизни, в то время как в другой ситуации он не выдерживает этого и двух минут. Точно так же он способен дольше сосредоточиться на слушании книги или аудиозаписи, если при этом занят каким-то своим привычным ритмичным занятием (собираание пазлов, чирканьем карандашом и т.п.).

Аутичный ребенок может быть очень чуток к завершенности формы, которую он воспринимает. Эта особенность восприятия также должна обязательно учитываться. Например, совершенно «полевой» ребенок, уходящий от любой попытки его произвольной организации, может на ходу, вроде бы не глядя, вставить в подходящее место недостающий кусочек пазла; не пользующийся активно речью малыш – вставить пропущенное слово в услышанной стихотворной строчке, допеть песню. Многие развивающие игрушки для детей раннего возраста, как известно, построены на этом принципе завершенности (пирамидки, кубики с рисунками, доски с углублениями и вкладышами и т.п.). Надо сказать, что у многих аутичных детей действия с подобными предметами наиболее успешны, некоторые из них могут проводить за ними довольно длительное время. Однако при всей кажущейся разумности этих занятий (в отличие, например, от «трясения» какой-нибудь палочкой или бесконечного верчения колеса) нельзя надолго оставлять ребенка с ними один на один, так как это часто превращается тоже в форму достаточно механической аутостимуляции, в которую малыш может погружаться очень сильно. Необходимо, чтобы взрослый называл то, что делает ребенок или что получается у него, эмоционально комментировал его ловкость, умелость, чувство красоты и т.п. Вместе с тем такие занятия могут и успокоить ребенка, вернуть ему комфортное состояние, чем достаточно часто его близкие пользуются в экстремальных ситуациях.

- Использование сенсорных раздражителей, повышающих эмоциональный тонус.

Существует много способов повышения эмоционального тонуса ребенка благодаря использованию приятных для него сенсорных впечатлений, положительных сильных переживаний (игры с водой, со светом, с мыльными пузырями, красками, мячиком, юлой, беготня по коридору с моментами салочек и «пряталок» и т.д.). Для этого, конечно, надо хорошо знать конкретные пристрастия малыша, его особые интересы, а также то, что может вызвать его неудовольствие, страх. Поэтому подбор таких тонизирующих занятий должен быть достаточно индивидуален. Например, одного ребенка мыльные пузыри

очаровывают, он приходит от них в восторг, пытается их ловить или давить, другого они пугают; одного рисование красками тонизирует и сосредоточивает, другого слишком возбуждает, провоцирует агрессию (разливание красок, неистовое замазывание бумаги до дыр), одному торможение приносит радость, другому – дискомфорт.

- Использование аутостимуляции ребенка.

Подключение к аутостимуляции ребенка также является ведущим приемом установления с ним контакта, усиления его активности и направленности на окружающий мир, организации и усложнения общих с ним способов взаимодействия с окружением.

Способы аутостимуляции детей, страдающих ранним детским аутизмом, могут быть достаточно разнообразны. И уровень подключения к ним тоже может быть разным.

Например, у аутичного ребенка с наиболее тяжелым вариантом развития радость, оживление легче всего можно вызвать щекотанием, кружением, торможением. В норме все маленькие дети на определенном этапе развития тоже обожают такие тонизирующие игры, основанные на подобном торможении и подбрасывании. И, конечно, нельзя не использовать достаточно редкую возможность быть необходимым ребенку в качестве инструмента для получения удовольствия, он даже сам может «просить» об этом – привалиться к взрослому, приставить его руки к себе на пояс. Однако, в отличие от возни благополучно развивающегося малыша, такой ребенок не заглядывает в лицо того, кто его кружит, трясет, качает (характерно, что он поворачивается обычно к нему спиной), не пытается разделить с ним своего веселья. Оживление выглядит механическим, и подобное подключение к аутостимуляции тоже оказывается механическим.

Вместе с тем эта же ситуация при другом – эмоционально осмысленном подходе может оказаться очень ценной. Главное условие, которое следует соблюдать при подобном взаимодействии с малышом, – искать малейшую возможность повернуть его лицом к себе, поймать его взгляд, чередовать прятание своего лица и неожиданное выглядывание с улыбкой (т.е. проигрывать самому тот острый момент общения, который так восторженно стремятся повторять благополучно развивающиеся дети). На высоте подъема тонаса аутичного ребенка его аффективное заражение от взрослого проходит значительно легче, и он получает положительный опыт хотя бы недолгой синхронизации своего эмоционального состояния с состоянием другого человека.

Одновременно происходит и тренировка большей выносливости к тактильному контакту. К торможению, кружению (т.е. тому набору сенсорной, вестибулярной стимуляции, которой он вполне удовлетворяется сам) необходимо дозированно добавлять более адекватные неформальному контакту способы тактильного взаимодействия, которого так много при нормальном развитии, — поглаживание, прижимание к себе, объятие; можно пытаться обнимать себя ручками ребенка и т.д. Так же как глазной контакт, тактильное взаимодействие лежит, как известно, в основе формирования привязанности.

Стратегии поддержки для включения в общеобразовательный процесс детей с аутизмом



Пространственно-физическая среда

- Размещение ученика близко к учителю, чтобы поддерживать его и контролировать.



Общение

- Информационная деятельность: беседы, экскурсии, снижение тревожности и повышение чувства безопасности.

- Деятельность по созданию отношений: общение учитель-ученик, ученик-ученик, общение за пределами школы.

- Постоянное поощрение.

- Разработка системы оценки успешности, отражающей прогресс, достигнутый учеником. Обсуждение ее администрацией и родителями ребенка.

- Поощрение работы в группах. Сосредоточенность на коммуникативных навыках ученика.



Учебный процесс

- Ознакомление ученика с правилами, которым он должен следовать.

- Предоставление консультаций и образцов выполнения любых задач, которые ученик считает слишком трудными для себя.

- Постепенное увеличение числа задач, которые ученик должен выполнять.

- Приоритетное использование визуальных средств, презентаций предметов и переход к уменьшению использования сюжетных презентаций.

- Акцентирование на навыках использования компьютера.

- Представление реальных жизненных ситуаций.

- Содействие социальному и речевому развитию посредством различных техник, методов интерактивной работы.

- Организация мероприятий, направленных на установление отношений взаимности (песни, игры в мяч и т.д.).

- Недопустимость потворства окружения всем капризам ребенка-аутиста и подстраивания под него своего образа жизни. Это часто приводит к созданию очень сложных ситуаций.

Алгоритм действий по поддержке детей с поведенческими проблемами Участника процесса

Учитель-предметник и специалисты школы (педагог-психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, социальный педагог, педагог-ассистент – в

зависимости от того, кто есть в конкретной школе) – наблюдают за поведением и академической успеваемостью ребенка, отмечают наличие проблем, сообщают о них администрации; в случае решения проблем разрабатывают индивидуальный учебный план (ИУП);

- Администрация школы – оценивает, насколько проблемы, о которых сообщает учитель, соответствуют действительности, организует заседание Службы психолого-педагогического сопровождения, где обсуждаются действия по организации помощи ребенку, взаимодействует с родителями;

- Родители – могут присутствовать на заседании Службы психолого-педагогического сопровождения по обсуждению ИУП ребенка;

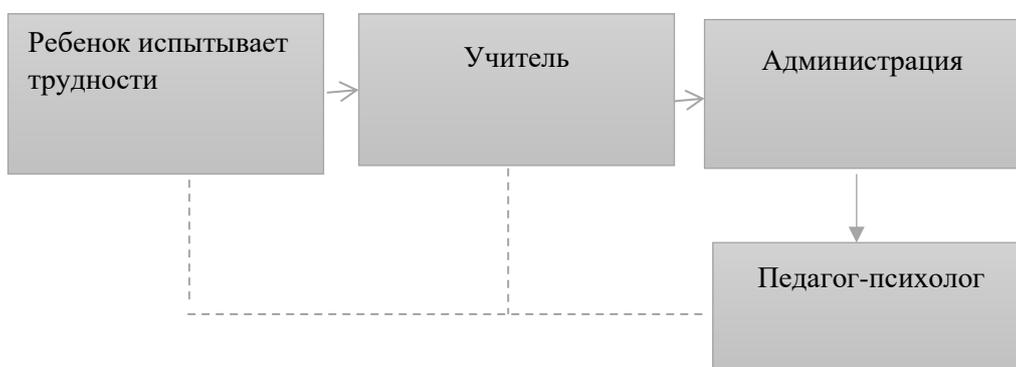
- Служба психолого-педагогического сопровождения школы – по запросу администрации школы разрабатывает ИУП для ребенка, работает с ребенком для решения его проблем;

- Педагоги-психологи, учителя-дефектологи, учителя-логопеды, социальные педагоги, заместители директора по учебной работе и учителя-предметники – присутствуют на заседании Службы психолого-педагогического сопровождения, участвуют в принятии решений о дальнейшем обучении ребенка;

- Специальные организации образования – принимают ребенка в случае, если не удастся решить проблемы силами школы.

Последовательность действий при возникновении трудностей у ребенка в обучении

1. Если у ребенка появляются проблемы, которые мешают ему обучаться (например, ребенок имеет сложности с пониманием материала, демонстрирует проблемное поведение и т. д.), **учитель сообщает об этом администрации школы (См. Рис. 3).**

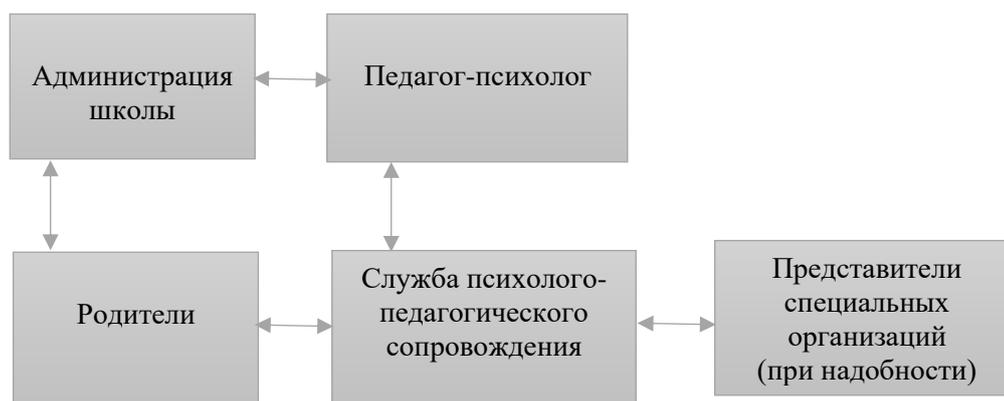


2. К решению задачи подключаются директор школы и педагог-психолог. Педагог-психолог начинает приходить на уроки, наблюдать за поведением ребенка и собирать данные. Параллельно он тестирует ребенка, используя специальные инструменты (в каждом случае их выбор определяется в индивидуальном порядке). Директор (или завуч) также посещает уроки, чтобы

понять, насколько сообщения учителя о проблемах соответствуют действительности и насколько эти проблемы мешают самому ребенку и другим ученикам.

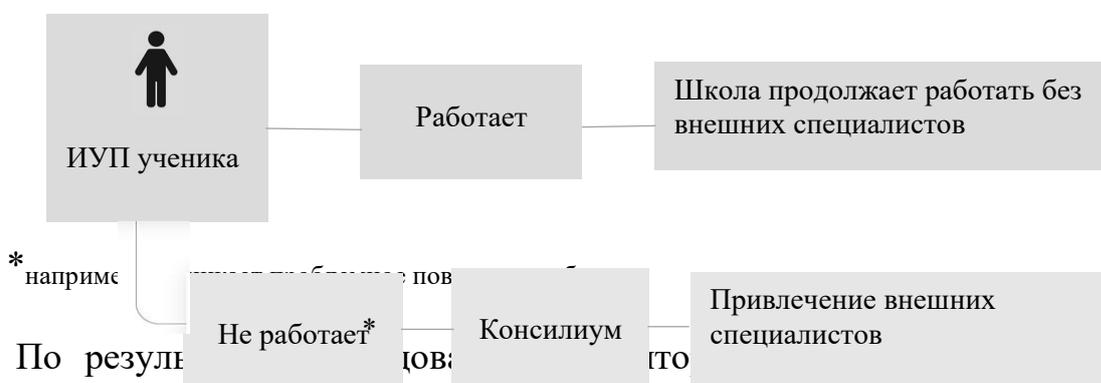
3. Педагог-психолог и администрация школы делают свои заключения о том, что у ребенка на самом деле есть те или иные проблемы. Для их обсуждения созывается заседание Службы психолого-педагогического сопровождения, в которую входят педагоги-психологи, учителя-дефектологи, учителя-логопеды, социальные педагоги, заместители директора по учебной работе и учителя-предметники. Также могут присутствовать представители специальных организаций при надобности (специальные школы, КППК, реабилитационные центры, психологические кабинеты и т. д.). Школа делится результатами наблюдений, предлагает свои рекомендации. По итогам заседания выносится решение, соответствует ли ребенок критериям для перевода на ИУП.

После проведения педагогом-психологом диагностической работы созывается заседание **Службы психолого-педагогического сопровождения**, на которое приглашаются по надобности представители специальных организаций (См. Рис. 4).



Если предложенный ИУП работает и проблемы постепенно решаются, школа обходится без привлечения сторонних специалистов.

Эффективность школьного ИУП регулярно оценивается, и по результатам оценки принимается решение о необходимости привлечения третьей стороны (См. Рис. 5)



По результатам оценки ИУП обучающихся в организациях среднего образования», проведенного Национальной академией образования имени И. Алтынсарина,

выявлено, что «Учебные программы адаптируются не для всех детей, а только для тех, кто на домашнем обучении. Для всех остальных индивидуальные потребности реализуются в учебном поурочном плане через SMART-цели. При разработке индивидуального учебного плана участвуют заместитель директора по учебной работе и психолог».

Директора школ сообщили, что «в начале учебного года проводится заседание психолого-педагогического консилиума, где педагогический коллектив знакомится с рекомендациями и заключениями ПМПК. По необходимости разрабатываются адаптированные образовательные программы и индивидуальные планы для обучающихся с ООП».

Следует принять во внимание то, что, несмотря на положительный ответ респондентов о наличии адаптированных учебных программ и индивидуальных учебных планов (ИУП), анализ данных интервью показывает затруднения школьных коллективов в разработке подобного рода документов.

Так, из другого вопроса интервью следует, что более 50% респондентов степень соответствия ИУП особым образовательным потребностям детей считают средней, дают низкую оценку 20% участников исследования.

Переход к социально-педагогической модели особых образовательных потребностей, реализация педагогами нормативных правовых актов по оценке ООП и психолого-педагогическому сопровождению, повышение квалификации по сопровождению всех групп детей с ООП, в т.ч., детей с поведенческими трудностями, позволят педагогам изменить существующий многие годы стереотип, основанный на медицинской модели ООП, основанной на дефектологии, на социально-педагогической, основанной на МКФ.

В целом, результаты интервью свидетельствуют о понимании учителями-логопедами необходимости своевременного выявления неярко выраженных нарушений в чтении, письме, речи обучающихся, которые при отсутствии необходимой психолого-педагогической поддержки могут способствовать развитию наиболее сложных нарушений учебных навыков, таких как, дисграфия, дислексия, в дискалькулия и другие. В этой связи крайне важной в процессе выявления является помощь учителей-предметников, которым, как показали результаты исследования, требуется повышение квалификации в оценке ООП обучающихся, в т. ч., имеющих специфические трудности в обучении, своевременное оказание психолого-педагогической помощи обучающимся, усиление взаимодействия со службой психолого-педагогического сопровождения и родителями.

Работа по преодолению проблемного поведения детей [103]

К проблемному поведению относят:

•агрессию - причинение физического телесного вреда другому человеку: кусание, щипание, царапание, бросание предмета в человека, ругань, оскорбление (вербальная агрессия);

•самоагрессию – причинение физического телесного вреда самому себе: кусание своих частей тела, удары головой о другие предметы, руками по своим ушам, голове и т.п.;

•вспышки гнева, злости, которые проявляются в виде крика, плача, падения на пол, стука предметом об предмет или рукой, об другой предмет. Ребенок также может рвать, швырять предметы.

Для того чтобы иметь достоверную информацию для выяснения причин проблемного поведения и, соответственно, выбора адекватных, адресных методов работы необходима тщательная организация наблюдения за поведением ребенка в различных ситуациях в течение определенного времени. К наблюдению привлекается не только психолог, но и члены семьи, педагоги, воспитатели и другие люди, с кем возникает проблемное поведение.

Рекомендуется использование двух стратегий оценки проблемного поведения ребенка. Первая стратегия направлена на определение поддерживающих условий проблемного поведения: чем оно бывает вызвано и чем подкрепляется. К поддерживающим условиям относят:

- предшествующее обстоятельство или то, что было до проблемного поведения, что его спровоцировало. Например, проблемное поведение ребенка было спровоцировано требованием матери сделать домашнее задание;

- последствие, что случилось после проблемного поведения. Например, ребенок швыряет на пол школьные предметы, кричит, выражая отказ заниматься. Родитель кричит на ребенка, наказывает его и уходит. Таким образом, ребенок криком и швырянием школьных принадлежностей добился своей цели - избежал выполнения домашнего задания. Возможно, ребенок впоследствии, будет прибегать к такой модели поведения, чтобы избежать выполнения заданий.

Для установления причин проблемного поведения применяется метод функционального анализа поведения. Данный метод предполагает запись результатов наблюдения в специальном бланке - форме ДПП. Данная аббревиатура обозначает следующее:

Д – что предшествовало проблемному поведению в окружении ребенка;

П – само проблемное поведение ребенка;

П – что его прекратило: событие, действия, которые произошли после проблемного поведения.

Последствия проблемного поведения могут быть представлены в двух формах: поощрение и наказание. Эффективность поощрения и наказания зависит от того, насколько они важны для ребенка. Если, например, за проблемное поведение ребенка лишают того, что ему не очень нужно, то эффективность наказания будет невелика. В обратном случае, проблемное поведение будет уменьшаться (Таблица 7).

Бланк формы ДПП

Ф.И. ребенка	Поведение (за которым ведется наблюдение)	
До	Поведение	После

При заполнении бланка специалист отражает только внешне наблюдаемые реакции и поведение ребенка, поддающиеся измерению (количество раз, продолжительность), а не дает интерпретацию поведения и оценочных формулировок. Например, вместо фразы «Плохо вел себя, назло упал...» следует писать: «Три раза упал на колени, лицо покраснело, сжал кулаки обеих рук, закрыл левой рукой правое ухо». Или «ребенок кусает свою руку, бьет себя по подбородку, кричит». Приведем примеры сбора информации проблемного поведения ребенка.

Пример 1: Щипание

До - ребенок надувал шарик, вошла мама из другой комнаты и сказала, что будут заниматься за столом, затем забрала шарик у ребенка.

Поведение - ребенок стал громко кричать, топтать ногой, подошел к матери и начал щипать ее обе руки до покраснения.

После – мать ребенка отдернула руки, ударила ребенка по попе и накричала на него, ребенок заплакал, мать вышла из комнаты.

Пример 2: Плач, истерика

До - мать держит ребенка за руку и ведет его гулять на детскую площадку, но меняет маршрут.

Поведение - ребенок громко кричит, плачет, падает на землю.

После - мать ребенка пытается его успокоить, но ребенок продолжает плакать, и она ведет его обычной дорогой на детскую площадку.

Обобщение собранной информации позволяет выдвинуть гипотезу о причинах проблемного поведения, каковы его функции: что такое поведение дает ребенку, для чего он служит, как оно меняет ситуацию.

Вторая стратегия оценки проблемного поведения заключается в сборе количественных данных, отражающих частоту проявления проблемного поведения. Для этого используется протокол фиксации поведения, в котором будет регистрироваться наличие проблемного поведения в течение определенного интервала времени (Таблица 8).

Протокол фиксации проблемного поведения

Ребенок _____

Проблемное поведение – Крик _____

Дата _____

Время (интервал 30 минут)	Наличие проблемного поведения
8.00-8.30	+
8.30-9.00	
9.00-9.30	+
....	
....	

21.00-21.30	+
21.30-22.00	

Выбор временного интервала зависит от средней продолжительности эпизодов проблемного поведения и его частоты. Затем подсчитывается число интервалов, в течение которых было зафиксировано проблемное поведение. Наблюдение должно осуществляться в течение недели. После проведения работы по коррекции поведения проводим сравнение данных до коррекции и после нее, получаем представление об эффективности выбранной тактики коррекции проблемного поведения.

Специалист, планирующий коррекционную работу, совместно с родителями должен решить, что именно в поведении ребенка они хотят изменить. В зависимости от запроса родителей, результатов анализа проблемного поведения ребенка следует определить причину поведения, его функцию и составить программу по коррекции поведения.

Психологическая работа по подготовке детей с аутизмом к школе [104]

В ходе подготовки аутичного ребенка к школе, как и всех детей, необходимо учитывать различные аспекты школьной готовности: интеллектуально-речевой, коммуникативной, эмоционально-волевой, социально-личностной. Желательно также, чтобы у ребенка уже были сформированы основы школьных навыков: чтения, счета, письма. Фокус психологической работы по подготовке аутичного ребенка к школе, должен быть направлен не на формирование умственных, речевых и различных академических навыков, и знаний (эти задачи относятся к компетенции

педагога-дефектолога, логопеда, воспитателя дошкольных организаций), а на формирование коммуникативных и социальных, поведенческих навыков, которые обеспечат возможности ребенку с аутизмом достаточно успешно учиться в условиях школьной классно-урочной системы. Основные проблемы аутичного ребенка в школе связаны с трудностями организации его поведения и обучения на уроке: адаптацией к новым, школьным условиям, усвоением школьного режима, правил поведения и взаимодействия с учителем и детьми, формированием навыков самостоятельной учебной деятельности. Часто освоение навыков поведения на уроке дается ребенку с аутизмом труднее, чем собственно учебные навыки (чтение, счет, письмо). Поэтому работа психолога будет заключаться в оказании специальной помощи ребенку по освоению роли ученика, усвоению школьного режима и правил поведения. Для этого за год или полгода до поступления ребенка в школу, проводятся подготовительные занятия в условиях, максимально приближенных к школьным: в детском коллективе и в классно-урочной форме.

Условия и требования к проведению психолого-педагогической работы

1) Проведение занятий в группе (подгруппе), состоящей из не менее 2 и не более 8 детей. Групповой формат занятий максимально приближен к условиям классно-урочной системы. В группу могут входить аутичные дети, имеющие

примерно одинаковый возраст и уровень развития или же дети с другими проблемами развития (ЗПР, нарушениями речи, легкой умственной отсталостью).

2) Наличие соответствующего оборудования и мебели: учебных столов, стульев, учебной доски и пр.

3) Устранение отвлекающих предметов, вещей, игрушек для лучшей организации внимания детей на занятии. На столе у психолога и столах детей не должно быть посторонних предметов.

4) Структуризация пространства и времени на занятиях: составление учебного расписания и перемен, организация рабочего места и порядка, учебных вещей. Использование школьного звонка, таймера, песочных часов.

Психологическая работа по подготовке ребенка в школе включает в себя несколько этапов.

На первом этапе проводится работа по организации поведения аутичного ребенка в формальной учебной ситуации, формированию у него учебного стереотипа.

Для этого психолог:

- создает модель класса в комнате для занятий: расставляет столы и стулья в ряды, устанавливает доску, маркирует учебные места детей;

- составляет визуальное учебное расписание, в котором четко и ясно для ребенка посредством фотографий, картинок, рисунков или схем представлена последовательность уроков (учебных предметов) и перемен; - разрабатывает учебные правила в виде социальной истории («Мое поведение на уроке»), визуальных подсказок;

- готовит учебный рюкзак ребенка (с помощью родителей): учебные принадлежности, альбомы, учебники, прописи и т.д.

Психолог сообщает детям, что они теперь будут ходить на занятия как в школе, объясняет и показывает, как они будут учиться: заходить в «класс», садиться на свое рабочее место, класть школьный рюкзак на место. Затем он разъясняет правила поведения «на уроке»: сидеть, не вставая, на своем рабочем месте или спрашивать разрешения, если хочешь встать и пойти (озвучить причину), слушать взрослого («учителя»), выполнять то, что он просит, вставать и отвечать на его вопросы, если он к тебе обращается. Сообщает о функции школьного звонка (колокольчик) – сигнализировать о начале и конце «урока».

Далее он знакомит детей с визуальным учебным расписанием, объясняет, что они будут делать на каждом уроке и на переменах. На начальных этапах необходимо строго соблюдать установленную последовательность или алгоритм занятий, чтобы, с одной стороны создать для ребенка комфортный предсказуемый порядок, а, с другой – сформировать учебный стереотип.

В начале «уроков» не должно быть много - 2-3 урока по 10 мин. По содержанию учебные задания могут быть игровыми: выкладывание мозаики и пазлов; рисование или конструирование. На начальной стадии формирования стереотипа учебного поведения не надо предлагать ребенку много разнообразных заданий или каждый раз новое, пусть даже интересное для ребенка. Рекомендуется предлагать одни и те же задания в определенной

последовательности, к которой ребенок привыкает: например, сначала складываем пазлы, затем рисуем, потом группируем по цвету фишки. Позже можно вносить небольшие детали.

Не следует сразу задавать вопросы, требовать ответа, а также неукоснительного выполнения ваших указаний. Главным является - сформировать положительное эмоциональное отношение ребенка к «школьным» занятиям и определенный учебный стереотип деятельности и поведения на уроке. По сути, первые учебные занятия являются игрой в школу, когда ребенок воспроизводит внешние атрибуты поведения ученика. Очень важно поддерживать, стимулировать, хвалить ребенка за поведение «настоящего ученика».

Постепенно и осторожно проводится специальная работа по развитию умения слушать «учителя», воспринимать и относить к себе фронтальную инструкцию взрослого, обращенную всей группе, а не лично к ребенку. Отдельно проводится обучение ребенка навыку поднимать руку, если нужно что-то спросить или ответить на вопрос. Другим направлением является работа над нежелательным поведением. У ребенка, используя различные методы и приемы, формируют представления о том, что нельзя на «уроке» вслух говорить и комментировать с места, издавать звуки, смеяться, осуществлять различные движения, вставать и ходить по «классу». При наличии проблемного поведения – негативизма, непослушания, агрессии, самоагрессии проводится отдельная работа над его преодолением.

Постепенно дети приучаются к учебному режиму, алгоритму занятий и отдыха, усваивают последовательность выполнения заданий, которая предлагается взрослым. Для закрепления навыков поведения могут использоваться различные социальные истории. Правила поведения обычно зачитываются ребенку или он их сам воспроизводит после запоминания в начале занятий. После занятий можно обсудить с детьми, с родителями ребенка как удалось ребенку соблюдать правила.

Проводится работа над поведением детей на «переменах». Сначала это просто отдых детей; для этого используется сенсорное оборудование. Можно в качестве отдыха использовать перекус. Затем детей можно организовать в совместную подвижную игру, как это может происходить на реальных школьных переменах в будущем. На следующем этапе, когда психофизические возможности позволяют детям спокойно выдерживать режим поурочных занятий, повышается их психическая и эмоциональная выносливость, усваиваются основные правила поведения на занятиях, можно постепенно увеличивать количество уроков (но не более 3-4), а также продолжительность одного урока (не более 20 мин.). Содержанием уроков могут стать школьные учебные предметы (чтение, математика, письмо, рисование, пение, физкультура). Главным условием и требованием к проведению таких учебных занятий является интеллектуальная и иная готовность к усвоению отдельных школьных навыков и интерес ребенка к предлагаемым заданиям.

Многие, особенно высокофункциональные аутисты, имеющие собственный повышенный интерес к различным знакам: буквам, цифрам, а также к чтению

или счетным операциям, могут с удовольствием принимать учебные задания. Важно избегать учебной перегрузки ребенка, чтобы из-за истощения и перенапряжения не спровоцировать поведенческих срывов и негативизма к обучению. Если же ребенок категорически не хочет обучаться тем или иным навыкам, то следует не навязывать и принуждать ребенка, а подождать или разбить трудный, или неинтересный для ребенка навык на более легкие, простые и занимательные шаги-задания.

На последующих этапах, ближе к школьному обучению, проводится работа по уточнению представлений детей о реальной школе и школьной жизни. Для ребенка может оказаться полезным получение информации о школе через видео или кинофильмы, где наглядно демонстрируются школьная жизнь, школьники, их поведение на уроках и переменах.

Отдельная работа проводится по формированию школьной мотивации. Посредством тематических бесед, социальных историй уточняются представления ребенка о том: зачем нужно ходить в школу, почему все дети ходят в школу, что получит ребенок от обучения в школе. Ответы на эти вопросы должны предлагаться в доступной и простой форме.

Непосредственно перед поступлением в первый класс психолог предлагает родителям сводить ребенка в свою школу, пройти в класс, в котором он будет учиться. Следует заранее познакомить ребенка с его учителем и постараться сделать так, чтобы этот первый опыт общения был позитивным. Для этого можно показать ребенку место, где он будет сидеть или позволить выбрать его. Для многих аутичных детей, особенно поступающих в первый класс, нежелательно посещение школьных линеек 1 сентября, так как большое количество народа, шум могут испугать ребенка и привести к стойкому отказу от посещения школы. Все эти мероприятия помогут сформировать у аутичного ребенка первые представления о школе, снимут в определенной степени его напряжение и тревоги, позволят сделать первый шаг к адаптации к школе.

Известно, что специалисты кабинетов психолого-педагогической коррекции осуществляют также функции психолого-педагогического сопровождения детей с особыми образовательными потребностями (если, в школе отсутствуют специалисты) и оказания консультативной помощи учителям и специалистам. Очень важно, чтобы психолог и другие специалисты, занимавшиеся с аутичным ребенком в условиях кабинета коррекции, на первых этапах пребывания первоклассника в школе оказывали помощь учителям и специалистам организации образования.

Психолог заранее приходит в школу к учителю класса (с согласия родителей), у которого будет учиться ребенок, чтобы рассказать об его особенностях, проконсультировать – как лучше организовать и проводить его обучение. Если ребенку рекомендованы услуги специалистов службы сопровождения, а также педагога-ассистента (индивидуального помощника), то психолог КППК также оказывает им консультативную помощь по обучению и воспитанию ребенка, дает конкретные советы, предлагает те или иные методы или приемы в работе с ребенком.

Учителю и психологу организации образования он может предложить следующие рекомендации в отношениях с аутичным ребенком:

- оберегать его в контактах с детьми с одной стороны и заинтересовываться ими с другой;

- рассказывать и объяснять, что они делают, во что играют, с другой – дать возможность понаблюдать со стороны;

- разъяснять - в какие-то общие занятия можно дозированно включаться вместе с ребенком (держая его за руку), но не исключать его из общей жизни детского коллектива.

Важно сформировать у работников школы, что при соблюдении осторожности, мягкости и настойчивости одновременно, такой ребенок может хорошо удерживаться в школе. В некоторых случаях, если в этом есть необходимость, психолог с согласия родителей ребенка, может совместно с учителем и школьным психологом провести беседу с одноклассниками ребенка. В корректной и осторожной форме сообщить детям о некоторых особенностях данного ребенка, а также о том, каким образом сами дети могут помочь такому ребенку учиться в классе.

Ожидаемые результаты

Ребенок в достаточной степени или ограниченно:

- проявляет необходимый уровень психической активности, выносливости в общении и взаимодействии с взрослыми и детьми, во время учебной деятельности (на «уроках»);

- лучше понимает свои собственные чувства, распознает эмоциональные состояния другого человека;

- может понимать и сопереживать чувствам других людей и адекватно выражать их посредством речи и других средств общения: мимики, интонации, жестов;

- может поддерживать диалог, отвечать на вопросы в пределах знакомой (понятной) ситуации общения;

- демонстрирует готовность и определенные навыки совместной деятельности со сверстниками;

- соблюдает общепринятые правила поведения, социальные ритуалы в общении с близкими, взрослыми и детьми;

- проявляет готовность к школьному обучению или показывает достаточный уровень школьной адаптации и успешности школьного обучения (в том числе с оказанием индивидуальной поддержки).

Психофизиологические основы организации учебного процесса [105]

Психофизиологическая адаптация к школе

Значимыми причинами трудностей учения в школе являются педагогические (школьные) факторы риска: большая учебная нагрузка; чрезмерная интенсификация учебного процесса; несоответствие педагогических методик и технологий возрастным возможностям детей; нерациональная организация учебного процесса и т. д. Сила их отрицательного влияния на

организм ребенка определяется тем, что они действуют комплексно, систематически и длительно. Поэтому так важны эффективная организации учебного процесса, разработка и выбор оптимальных методик и технологий обучения. А для этого обязательно требуется учет психофизиологических особенностей и возможностей детей младшего школьного возраста, учет закономерностей динамики их работоспособности и особенностей адаптации к школе.

Начало обучения в школе – один из наиболее сложных периодов в жизни ребенка и в социальном, и в психологическом, и в физиологическом плане. Изменяется вся жизнь первоклассника, у него появляются новые контакты, новый вид деятельности, к нему предъявляются новые требования. Школа с первых дней ставит перед ребенком целый ряд задач, для решения которых необходима максимальная мобилизация интеллектуальных, эмоциональных и физических резервов, и его организм начинает испытывать высокое функциональное напряжение, так как интеллектуальные и эмоциональные нагрузки сопровождаются еще и длительным статическим напряжением, обусловленным необходимостью сохранять определенную позу при работе в классе. А для детей 6–7 лет статическая нагрузка очень утомительна, поскольку удержание определенной позы, например при письме, достигается за счет длительного напряжения спинных мышц, недостаточно развитых у детей этого возраста. Сам процесс письма тоже требует длительного статического напряжения мышц руки (сгибателей и разгибателей пальцев).

Специальные исследования показали, что даже самые обычные виды деятельности школьника вызывают серьезное напряжение ряда физиологических систем. Так, при чтении вслух обмен веществ возрастает на 48%, а ответ у доски, контрольные работы приводят к учащению пульса на 13–30 ударов, к увеличению систолического давления на 15–30 мм рт. ст., к изменению биохимических показателей крови и т. п.

Адаптация к школе – довольно длительный процесс, имеющий и физиологические, и психологические аспекты.

Физиологическая адаптация к школе. Выделяют три основных этапа физиологической адаптации.

Первый этап – ориентировочный, когда практически все системы организма в ответ на комплекс новых воздействий, связанных с началом систематического обучения, отвечают бурной реакцией и значительным напряжением. Эта «физиологическая буря» длится достаточно долго (2–3 недели).

По интенсивности и напряженности изменений, происходящих в организме ребенка в процессе школьных занятий в первые недели обучения, учебную нагрузку можно сравнить с воздействием экстремальных нагрузок на взрослый, хорошо тренированный организм. Например, при контроле показателей сердечно-сосудистой системы у первоклассников на уроках установлено, что напряжение деятельности сердца ребенка сопоставимо с таковым у космонавта в состоянии невесомости, настолько труден для детей процесс физиологической адаптации к школе. Но взрослые, как правило, этого не знают и не учитывают.

Если их требования превышают возможности ребенка, то у него неизбежно происходят негативные изменения функционального состояния ЦНС, резко падает учебная активность, снижается работоспособность, в конце учебных занятий отмечается резко выраженное утомление.

Второй этап – неустойчивое приспособление, когда организм ищет какие-то оптимальные варианты реакций на эти воздействия. На первом этапе речь не может идти ни о какой экономии ресурсов: организм тратит все, что есть, а иногда и «в долг берет»; поэтому так важно помнить, какую высокую «цену» платит организм каждого ребенка в первые недели обучения в школе. На втором этапе эта «цена» снижается, «буря» начинает затихать.

Третий этап – период относительно устойчивого приспособления, когда организм находит наиболее подходящие (оптимальные) варианты реагирования на нагрузку, варианты, требующие меньшего напряжения центральной нервной системы, сердечнососудистой, симпатoadреналовой систем.

Продолжительность всех трех этапов адаптации составляет приблизительно 5–6 недель, т. е. этот период длится до 10–15 октября, а наиболее сложными являются 1–4-я недели.

По некоторым показателям третий этап затягивается до 9 недель, и, хотя считается, что период острой физиологической адаптации организма к учебной нагрузке занимает около 1,5 месяца, весь первый учебный год – период неустойчивой и напряженной регуляции всех систем организма.

Успешность физиологической адаптации зависит и от состояния здоровья ребенка.

Таким образом, по уровню готовности к систематическому обучению дети весьма различаются, различно и состояние их здоровья, а значит, процесс адаптации к школе у каждого ребенка будет иметь свою специфику.

Выделяют 3 группы детей:

- 1) с легкой адаптацией (состояние напряженности функциональных систем организма ребенка компенсируется в течение первой четверти);
- 2) с адаптацией средней тяжести (нарушения самочувствия и здоровья более выражены и могут наблюдаться в течение первого полугодия);
- 3) с тяжелой адаптацией (значительные нарушения в состоянии здоровья нарастают в течение учебного года).

Почти у всех детей в начале школьных занятий наблюдаются головные боли, двигательное возбуждение или заторможенность, плохой сон, снижение аппетита. Легкая адаптация и адаптация средней тяжести считаются закономерной реакцией организма. Тяжелая адаптация говорит о непосильности для организма первоклассника учебных нагрузок и режима обучения.

Тяжелее всех адаптируются дети, у которых неблагоприятно протекал период новорожденности, дети, перенесшие черепно-мозговые травмы, часто болеющие, страдающие различными хроническими заболеваниями и, особенно, имеющие расстройство нервно-психической сферы.

Психологическая адаптация к школе. Основными показателями успешной психологической адаптации считаются: формирование адекватного поведения; установление контактов с учащимися и с учителем; овладение

навыками учебной деятельности. Показателем трудности психологической адаптации к школе являются изменения в поведении детей. Такие, как чрезмерное возбуждение и даже агрессивность либо, наоборот, заторможенность. У ребенка может возникнуть чувство страха, нежелание идти в школу.

Психологическая адаптация детей к школе проходит по-разному. По критерию ее успешности, так же, как и в случае физиологической адаптации, выделяют 3 группы детей.

1. Первая группа (56 % первоклассников) адаптируется к школе в течение первых двух месяцев обучения, т. е. примерно за тот же период, когда происходит и наиболее острая физиологическая адаптация. Эти дети относительно быстро вливаются в коллектив, осваиваются в школе, приобретают в классе новых друзей. У них почти всегда хорошее настроение, они спокойны, доброжелательны, добросовестно и без видимого напряжения выполняют все требования учителя. Иногда у них отмечаются сложности в контактах либо с детьми, либо с учителем, так как им еще трудно соблюдать все требования правил поведения; хочется побегать на перемене, поболтать на уроке и т. п. К концу октября трудности у этих детей, как правило, нивелируются, отношения нормализуются, ребенок полностью осваивается с новым статусом, режимом, требованиями.

2. Вторая группа (30% первоклассников) – это дети с длительным периодом адаптации, т. е. с длительным периодом несоответствия их поведения требованиям школы. Эти дети не в состоянии сразу принять ситуацию обучения. Они могут играть на уроках или выяснять отношения с товарищем, не реагируют на замечания учителя или реагируют слезами, обидами. Как правило, в усвоении учебной программы у них тоже возникают трудности. Лишь к концу первого полугодия реакции таких первоклассников становятся адекватными требованиям.

3. Третья группа (14 % первоклассников) – дети, у которых социально-психологическая адаптация связана со значительными трудностями. Эти дети, как правило, не усваивают учебную программу, у них отмечаются негативные формы поведения, резкое проявление отрицательных эмоций. Именно на таких учеников чаще всего жалуются учителя, одноклассники, родители: «они мешают работать в классе», «третируют детей».

Важно следующее: за одинаковым внешним проявлением негативных форм поведения могут скрываться самые разные причины. Среди этих детей могут быть те, кто нуждается в специальном лечении, могут быть ученики с нарушениями психоневрологической сферы, а могут быть и дети, не готовые к обучению, выросшие, например, в неблагополучных семьях.

Следствием постоянных неудач в учебе, отсутствия контакта с учителем является отчуждение ребенка, отрицательное отношение к нему сверстников. Дети становятся «отверженными», а это вызывает у них реакцию протеста: они «задираются» на переменах, кричат, плохо ведут себя на уроках, стараясь таким способом выделиться. Если вовремя не разобраться в причинах плохого поведения ребенка, не скорректировать трудности его адаптации, это может

привести к срыву, к дальнейшей задержке психического развития, отразиться на состоянии здоровья, т. е. стойкое нарушение эмоционального состояния может перейти в нервно-психическую патологию.

Наконец, это могут быть просто «перегруженные» дети, не справляющиеся с дополнительными нагрузками. Таким образом, плохое поведение ребенка – сигнал для тревоги.

Основные выводы

- Инклюзивное образование представляет собой динамический процесс, основанный на инклюзивных ценностях. Абсолютно невозможно дать учителю класса определенные универсальные советы как вести себя, если в классе ребенок с ООП, так как работа строится исключительно на индивидуальной основе и, если один метод хорошо работает с одним учеником, для другого нужен либо иной метод, либо модификация уже имеющегося. Поэтому важно, чтобы учителя были способны анализировать ситуацию обучения и преподавания и вносить в нее необходимые корректировки.

- Заинтересованные стороны в области образования на всех уровнях должны понимать, что инклюзивное образование является ответственностью всех. Это сквозной вопрос, который следует решать в ходе разработки стратегий в области образования и политики, учебных программ и материалов, оценки, школьной инфраструктуры, управления данными и информации об образовании и т.д.

- Индивидуализация и персонализация обучения позволяет учителям реагировать на потребности в обучении всех детей, в том числе детей с ограниченными возможностями. Необходимо усилить направленность учебных материалов на развитие индивидуальных способностей детей через разработку дифференцированных заданий на основе диагностики.

- Повышение квалификации учителя на основе принципов универсального дизайна обучения (умение адаптировать учебные программы, организовать необходимую поддержку детям с ООП) является непрерывным мероприятием. При этом следует понимать, что модель обучения на базе школ являются более эффективными, создает возможности для практического и прикладного опыта обучения.

- Помимо повышения квалификации, учителя нуждаются в практической поддержке для реализации инклюзивного образования. Это можно обеспечить путем развития профессиональных сообществ среди учителей, групповой взаимопомощи и коучинга, привлечения родителей и общества, поддержки детьми друг друга и специальных педагогов, ресурсных центров.

С целью совершенствования механизмов работы педагогов с детьми с аутизмом и другими поведенческими нарушениями, предлагается:

1. Изучение деятельности Аутизм-центров, действующих в стране, в т.ч., эффективности применения образовательной программы «Аутизм. Мир один для всех» для оказания психолого-педагогической поддержки детям с аутизмом (расстройствами аутистического спектра);

2. Пересмотр образовательных программ подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов (педагоги-психологи, специальные

педагоги, социальные педагоги) и учителей (воспитателей) по работе с детьми с поведенческими нарушениями, в т.ч., с аутизмом;

3. Выделение дополнительных финансовых средств из республиканского бюджета на подготовку, переподготовку, повышение квалификации педагогов страны к работе с детьми с поведенческими нарушениями, в т.ч., с аутизмом;

4. Внесение изменений и дополнений в Приказ МОН РК от 27 ноября 2017 года № 596 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 24.03.2022 г.) «Об утверждении Правил подушевого нормативного финансирования дошкольного воспитания и обучения, среднего образования, а также технического и профессионального, послесреднего, высшего и послевузовского образования с учетом кредитной технологии обучения» в части пересмотра механизма подушевого финансирования, выделяемого на обучение, психолого-педагогическое сопровождение детей с ООП, в т.ч., с поведенческими нарушениями;

5. Усиление деятельности школьных служб психолого-педагогического сопровождения в части раннего выявления особых образовательных потребностей, в т.ч., с поведенческими нарушениями, разработки реализации индивидуальных программ психолого-педагогического сопровождения;

6. Проведение масштабных лонгитюдных исследований по изучению готовности педагогов страны к работе с детьми с поведенческими нарушениями и другими РАС. Изучение и распространение отечественного и международного опыта ассоциаций, занимающихся проблемами дислексии. К примеру, в европейских странах детям с дислексией дается больше времени на сдачу экзаменов.

7. Выделение дополнительных финансовых средств на грантовое и программно-целевое финансирование проектов по реализации мероприятий, направленных на совершенствование научно-доказательной базы по психолого-педагогическому сопровождению детей с ООП, в т.ч., детей с поведенческими нарушениями.

При реализации инклюзивной практики в работе с детьми с ООП, в т.ч., с поведенческими и специфическими трудностями в обучении педагогам страны необходимо руководствоваться как вышеуказанной и другой нормативной правовой базой, регламентирующей создание специальных условий для получения образования детям с ООП, а также методическими рекомендациями, разработанными НАО им. Алтынсарина [например, 84, 85] и Национальным научно-практическим Центром развития специального и инклюзивного образования [например, 86].

Как показывает совместный опыт работы Координационного Совета по развитию инклюзивного образования и управления образованием Ақмолинской области [64], для оказания комплексной поддержки детям с ООП, в т.ч., с аутизмом, а также их социализации, необходимо объединение государственных и негосударственных структур не только в создании специальных условий для

получения образования, но и в качественном предоставлении медицинских, социальных, правовых услуг, организация досуга, отдыха, занятий спортом.

В этой связи, представителям государственных органов, педагогам страны, а также руководителям, специалистам управлений образования, руководителям, руководителям и методистам учебно-методических кабинетов, общественным организациям важно руководствоваться программными документами, регламентирующими организационно-правовую основу для реализации мероприятий по созданию условий для получения вышеперечисленных услуг лицам с ООП, в т.ч., лицам с поведенческими нарушениями. Это такие документы, как: Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 мая 2019 года № 326 «Об утверждении Национального плана по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с инвалидностью в Республике Казахстан до 2025 года» [87], Распоряжение Премьер-Министра Республики Казахстан от 17 августа 2020 года № 2020 «Об утверждении Дорожной карты по совершенствованию оказания комплексной помощи детям с ограниченными возможностями в Республике Казахстан на 2021 – 2023 годы» [88], Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 марта 2022 года № ҚР ДСМ -25 «Об утверждении стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан» [89], Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2022 года № ҚР ДСМ – 34 «Об утверждении Положения о деятельности врачебно-консультативной комиссии» [90], Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2010 года № 704 «Об утверждении Правил организации скрининга» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 25.08.2021 г.) [91] и другими нормативными правовыми документами.

Заключение

Инклюзивная образовательная практика в Казахстане направлена на создание гибкой адаптивной образовательной среды, соответствующей образовательным потребностям всех обучающихся. При этом многие вопросы включения детей с ООП в общеобразовательный процесс, сопряжены с пересмотром всего планирования работы в школе. Сутью инклюзивного образования является охват всех разнообразных потребностей детей: языковых, социальных, медицинских, политических и временных жизненных трудностей. Однако, в настоящее время реальность такова, что для педагогов общеобразовательных школ пока сложно организовывать образовательный процесс в классе, где обучается ребенок с поведенческими и специфическими трудностями. Обнаруживается недостаток профессиональных компетенций педагогов в работе в инклюзивной среде, наличие психологических барьеров и профессиональных стереотипов.

Всем педагогам важно понять и принять, что инклюзия – это не просто физическое нахождение ребенка с ООП в общеобразовательной школе, а изменение самой школы, школьной культуры и системы отношений участников образовательного процесса, тесное сотрудничество педагогов и специалистов, вовлечение родителей в систему психолого-педагогического сопровождения детей с различными особыми потребностями.

Вопросы развития инклюзивного образования, включения детей с особыми образовательными потребностями в образовательную среду напрямую зависит от профессиональных возможностей и личностных качеств участников образовательного процесса. Для эффективной реализации инклюзивного образования необходимо создать гибкую образовательную среду, для того чтобы удовлетворить образовательные потребности всех детей, с учетом их способностей и возможностей.

Современный педагог, специалисты психолого-педагогического сопровождения, родители должны быть готовы адаптировать образовательную среду к индивидуальным потребностям учащихся, создавая условия для их полноценного развития и саморазвития, уметь взаимодействовать друг с другом.

Методические рекомендации должны оказать помощь педагогу в адаптации процесса обучения в инклюзивной среде, в развитии умений и навыков обучающимися, повышении в целом продуктивности и эффективности образовательного процесса.

Список использованной литературы:

1. Послание Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана «Единство народа и системные реформы – прочная основа процветания страны». [Электронный ресурс]//Официальный сайт Президента Республики Казахстан. 1 сентября 2021 г. URL: <https://www.akorda.kz/ru/poslanieglavy-gosudarstva-kasym-zhomarta-tokaeva-narodu-kazahstana-183048>
2. Указ Президента Республики Казахстан «Об утверждении Национального плана развития Республики Казахстан до 2025 года и признании утратившими силу некоторых указов Президента Республики Казахстан» от 15 февраля 2018 года № 636. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1800000636>
3. Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении национального проекта «Качественное образование «Образованная нация» от 12 октября 2021 года № 726. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000726>
4. Закон Республики Казахстан от 26 июня 2021 года № 56-VII ЗРК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам инклюзивного образования». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z2100000056>
5. Поздравительная речь президента Республики Казахстан К.К. Токаева от 31.12.2021г. URL: <https://ru.sputnik.kz/20211231/tokaeva-novyi-god-2022-19034260.html>
6. Данные ННПЦ РСИО за 2021 г.
7. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: краткая версия. - Всемирная Организация Здравоохранения. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства Труда и Социального развития РФ. 2003. – 223 с.
8. Бут Т., Эйнскоу М. Показатели инклюзии: практ. пособие / под ред. М. Вогана; пер. с англ. И. Аникеева; науч. ред. Н. Борисова; под общ. ред. М. Перфильевой. М.: РООИ «Перспектива», 2007. 124 с.
9. Методические рекомендации по взаимодействию семьи, школы и органов по трудоустройству при выборе профессии детьми с ООП. Методические рекомендации – Нур-Султан: НАО имени И. Алтынсарина, 2019. – 154 с.
10. Немов Р. С. Психология. Книга 2. Психология образования / Р. С. Немов — «ВЛАДОС», 2007
11. Махнач А. Жизнеспособность человека и семьи. Социальнопсихологическая парадигма. – Litres, 2019. – 640 с.
12. Макаренко А.С. Педагогические сочинения: В 8-ми т.Т. 1 / Сост.: Л.Ю. Гордин, А.А. Фролов. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.
13. Выготский Л.С. Педагогическая психология // Педагогическая психология / Под ред. В.В.Давыдова. М., 1996. с.
14. Возрастная психология (Психология развития) ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНИКА втор-составитель: Кагермазова Л.Ц., д.психол.н., профессор кафедры педагогики и психологии ДПО КБГУ.
15. Асмолов А. Г. Психология личности: Учебник. — М.: Изд-во МГУ, 1990. — 367 с.
16. Пермякова, М. Е. Психологические аспекты трудностей учения в школе: [учеб. пособие] / М. Е. Пермякова; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2015. – 124 с.
17. Доклад о положении детей в Республике Казахстан за 2020 год. – Нур-Султан, 2021. – 160 с.
18. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. А95 Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. —СПб.: Питер, 2008. — 320 с: ил. — (Серия «Детскому психологу»). ISBN 978-5-91180-958-4

19. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288 с. ISBN 5-7695-1782-4
20. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей: Учебное пособие. — М.: Издательство Московского университета, 1985
21. Лебединский В.В., Никольская О.С, Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: Изд. Моск. унта, 1990. -197 с.
22. URL: <https://xn80aabdcpejeebhqo2afglbd3b9w.xnp1ai/%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8B/193/444>
23. Лалаева Р.И. Нарушение процесса овладения чтением у школьников: Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. — М.: Просвещение, 1983. – 136 с.
24. Т.В. Ахутина, О.Б. Иншакова. Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников. — М.: В. Секачев. — 128 с.. 2008
25. Дубровинская Н.В., Фарбер Д.А., Безруких М.М. Психофизиология ребенка: Психофизиологические основы детской валеологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. - 144 с.
26. Рысина Н.Н., Грибанов А.В. Понятие о дискалькулии: психофизиологические аспекты развития
27. Students with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages: Policies, Statistics and Indicators – 2007 – March 18, 2008. URL: https://read.oecd-ilibrary.org/education/students-with-disabilities-learning-difficulties-and-disadvantages_9789264027619-en#page5
28. URL: <https://www.differencebetween.com/difference-between-learning-disability-and-vs-learning-difficulty/>
29. Shudong Zhanga, Junli Liua, Jane Wangb, Xuenan Xiaa, Lihuan Zhangc, Li Liuc, Ting Jiang. Developing and validating the Learning Disabilities Screening Scale in Chinese elementary schools. International Journal of Educational Research Volume 96, 2019, Pages 91-997 URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883035518323851>
30. Jimalee Sowell, Larry Sugisaki. An Exploration of EFL Teachers' Experience with Learning Disability Training URL: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1278807.pdf>
31. Learning Disabilities Association of America. (2018). Types of learning disabilities. <https://ldaamerica.org/types-of-learning-disabilities/> in Sowell, J., & Sugisaki, L. (2020). An exploration of EFL teachers' experience with learning disability training. Latin American Journal of Content & Language Integrated Learning, 13(1), 114-134. <https://doi.org/10.5294/laclil.2020.13.1.7>
32. Case, R. E., & Taylor, S. S. (2005). Language difference or learning disability? Answers from a linguistic perspective. The Clearing House: A Journal of Strategies, Issues, and Ideas, 78(3), 127–131. <https://eric.ed.gov/?id=EJ710918>
33. Case, R. E., & Taylor, S. S. (2005). Language difference or learning disability? Answers from a linguistic perspective. The Clearing House: A Journal of Strategies, Issues, and Ideas, 78(3), 127–131. <https://eric.ed.gov/?id=EJ710918>
34. Kormos, J. (2020). Specific Learning Difficulties in ELT. Part of the Cambridge Papers in ELT series January 2020. URL: https://www.cambridge.org/gb/files/2415/7856/0079/CambridgePapersInELT_SpLDs_2020_ONLINE.pdf
35. URL: <https://psychology.org.au/for-the-public/psychology-topics/understanding-specific-learning-disorders>
36. RL: <https://www.ldaustralia.org/the-australian-journal-of-learning-difficulties/>
37. URL: https://elib.bspu.by/bitstream/doc/17552/1/%D0%91%D1%80%D1%8B%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0_%D0%A1%D0%B2%D0%B5%D1%82%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20-%D0%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%8C%D1%8F_14_2013.pdf

38. Regulation of The Ministry of National Education of November 17. 2010 on principals of providing and organizing psychological and educational assistance in public preschools, schools and institutions. (Dz. U. Nr 228, poz. 1487). URL: https://www.researchgate.net/publication/293782988_Education_of_students_with_special_needs_World_experience_Individualized_Education_and_Therapy_Programs_IETPs
39. URL: <https://poradnia-psychologiczna.com/russian/o-nas>
40. <http://www.diszlexia.hu/Hungary%20provision.pdf>
41. URL: <http://www.diszlexia.hu/>
42. URL: <https://lelekbenotthon.hu/>
43. URL: <https://d-nb.info/1081012633/34>
44. URL: Republiški izpitni center (RIC). (2013). Splošne informacije o NPZ. Retrieved 12 November 2013, from www.ric.si/preverjanje_znanja/splosne_informacije
45. Magajna, L., Pečjak, S., Peklaj, C., Bregar-Golobič, K., Čacinovič Vogrinčič, G., Kavkler, M., & Tancig, S. (2005). Učne težave v osnovni šoli – razvoj celovitega sistema učinkovite pomoči: raziskovalno poročilo. Ljubljana: Razvojno-raziskovalni inštitut Svetovalnega centra
46. Magajna, L., Kavkler, M., Čacinovič Vogrinčič, G., Pečjak, S., Bregar-Golobič, K., & Nagode, A. (Ed.) (2008a). Učne težave v osnovni šoli: koncept dela, (Program osnovnošolskega izobraževanja). 1. natis. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
47. Zakon o osnovni šoli (1996). Uradni list Republike Slovenije, Nu. 12, 29. 11. 1996
48. Zakon o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (ZUOPP) (2000). Uradni list Republike Slovenije, Nu. 54/2000
49. URL: <http://www.dyslexia-dysgraphia.ru/news/page/19.html>
50. URL: <https://humanities.ku.dk/collaboration/impact/a-dyslexia-test-for-all-school-levels/>
51. URL: <https://www.irishtimes.com/news/education/spelling-out-the-needs-of-students-with-dyslexia-1.1621963>
52. URL: <https://conference.pixel-online.net/ICT4LL/files/ict4ll/ed0011/FP/1834-ICL3389-FP-ICT4LL11.pdf>
53. URL: <https://www.european-agency.org/country-information/italy/systems-of-support-and-specialist-provision>
54. URL: https://www.researchgate.net/publication/315002634_Understanding_developmental_dyslexia_in_Chinese_linking_research_to_practice
55. URL: <https://www.sixthtone.com/news/1001806/how-dyslexia-remains-invisible-in-chinese-schools>
56. URL: <https://www.intechopen.com/chapters/57054>
57. <https://www.eppgroup.eu/sites/default/files/attachments/2018/11/european-dyslexia-charter.pdf>
58. URL: https://edpolicy.ru/succession_methodology
59. URL: <https://cwf.com.ua/ru/korrekcionnye-metodiki-autizma/> , <https://autism-frc.ru/education/interventions/535>
60. URL: https://autism-frc.ru/system/articles/files/000/000/140/original/%D0%90%D0%9D%D0%90%D0%9B%D0%98%D0%A2%D0%98%D0%9A%D0%90_%D0%BF%D0%BE_%D0%97%D0%B0%D1%80%D1%83%D0%B1%D0%B5%D0%B6%D0%BD%D0%BE%D0%BC%D1%83_%D0%BE%D0%BF%D1%8B%D1%82%D1%83_10082016_%281%29.pdf?1473330433
61. URL: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ871303.pdf>
62. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08856250110074427>
63. URL: <https://www.ipk74.ru/upload/iblock/255/255955bd5f1e481a2bdcf39fe3d22b76.pdf>
64. Ибраев М.У., Темирбаева М.Ж. Межведомственное взаимодействие как условие разрешения проблем детей с особыми образовательными потребностями // Инклюзивное образование: непрерывность и преемственность: материалы V Международной научно-

практической конференции (Москва, 23–25 октября 2019 г.) / гл. ред. С.В. Алехина. – М.: МГППУ, 2019. 362-369.

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

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

67. Методическими рекомендациями по организации интегрированного (инклюзивного) образования детей с ограниченными возможностями в развитии. URL: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fspecial-edu.kz%2Fnormativno-pravovaya%2520baza%2F3%2Forganizacii%2520io%2520rus.docx&wdOrigin=BROWSELINK>

68. Методические рекомендации по определению детей с аутизмом в организации образования. (Приказ МОиН №4-02-4/1435 от 28 мая 2010 г.). URL: https://www.kaznpu.kz/docs/ins_pedagogiki_psih/resursni_center/autizm_opedelenie.pdf

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

70. Закон Республики Казахстан от 27 июля 2007 года № 319-III «Об образовании». URL: https://adilet.zan.kz/rus/archive/docs/Z070000319_/13.11.2015

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

72. [Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии: учеб. пособие для вузов. – М.: Издательство Юрайт, 2019. – 318 с.](#)

73. Закон Республики Казахстан от 27 июля 2007 года № 319-III «Об образовании». URL: https://adilet.zan.kz/rus/archive/docs/Z070000319_/26.06.2021

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

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

76. Students with Disabilities, Learning Difficulties and Disadvantages. ISBN 978-92-64-02762-6. OECD, 2007

77. <https://westberks.gov.uk/>

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

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

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

81. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 13 июля 2009 года № 338. Об утверждении Типовых квалификационных характеристик должностей педагогов. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005750>

82. Официальный сайт Фонда Булата Утемуратова «Асыл Мирас». URL: <https://utemuratovfund.org/projects/autizm-mir-odin-dlya-vsekh?ysclid=16rj0m17z6742936931>

83. Официальный сайт Казахского национального университета им. Аль-Фараби. URL: <https://www.kaznu.kz/ru/21729/page/>

84. Методические рекомендации по итогам проведения мониторинга по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в организациях среднего образования. – Нур-Султан: НАО имени И. Алтынсарина, 2021. –2136 с. URL: <https://uba.edu.kz/storage/app/media/%D0%9E%D2%9B%D1%83%20%D3%99%D0%B4%D1%96%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BB%D1%96%D0%BA%20%D2%B1%D1%81%D1%8B%D0%BD%D1%8B%D0%BC%D0%B4%D0%B0%D1%80/%D0%98%D0%BD%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D0%B7%D0%B8%D1%8F/mr-po-inklyuz-dekabr-2021-na-rus.pdf>

85. Разработка методических рекомендаций по сопровождению обучающихся с особыми образовательными потребностями в процессе обучения в общеобразовательной школе. Методические рекомендации – Нур-Султан: НАО имени И. Алтынсарина, 2019. – 258 с. URL: <https://uba.edu.kz/storage/app/media/Metod%20usynymdama/2019/%20%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%B8%20%D0%BF%D0%BE%20%D1%81%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8E%20%D0%BE%D0%B1%D1%83%D1%87%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D1%85%D1%81%D1%8F%20%D1%81%20%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D1%8B%D0%BC%D0%B8%20%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%BC%D0%B8%20%D0%BF%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8F%D0%BC%D0%B8.pdf>

86. Психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательной школе: метод. рекомендации/ Елисеева И.Г., Ерсарина А.К. - Алматы: ННПЦ КП, 2019. - 118с. URL: <https://www.soros.kz/wp-content/uploads/2019/09/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%BE-%D0%BF%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B5-%D1%81%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9-%D1%81-%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%B1%D1%8B%D0%BC%D0%B8-%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%BC%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8F%D0%BC%D0%B8-%D0%B2-%D0%BE%D0%B1%D1%89%D0%B5%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B9-%D1%88%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B5.pdf>

87. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 мая 2019 года № 326 «Об утверждении Национального плана по обеспечению прав и улучшению качества жизни лиц с инвалидностью в Республике Казахстан до 2025 года». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1900000326>

88. Распоряжение Премьер-Министра Республики Казахстан от 17 августа 2020 года № 2020 «Об утверждении Дорожной карты по совершенствованию оказания комплексной помощи детям с ограниченными возможностями в Республике Казахстан на 2021 – 2023 годы». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/R2000000112>

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

90. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2022 года № ҚР ДСМ – 34 «Об утверждении Положения о деятельности врачебно-консультативной комиссии». URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2200027505>

91. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2010 года № 704 «Об утверждении Правил организации скрининга» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 25.08.2021 г.). URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1000006490>
92. Международная классификацией болезней 10-го пересмотра. URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4429>
93. Международная классификацией болезней 11-го пересмотра. URL: <https://icd11.ru/rasstroystva-autist-spektra/>
94. Somerton M, Stolyarova V, Khanin S (2021). Autism and the Knowledge and Beliefs of Specialists in Kazakhstan: *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021. Springer.
95. Яковец Н. Система раннего предупреждения в школах Казахстана. Краткий обзор. 2021. URL: <https://www.unicef.org/kazakhstan/media/7516/file/%D0%A1%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0%20%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D0%BE%20%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%83%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%B2%20%D1%88%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D1%85%20%D0%9A%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D1%85%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B0.pdf>
96. Патер С., Альмухамбетова А., МакЛафлин К., Яковец Н., Фимьяр О. Картирование роли и инструментов ПМПК в установлении связей со школами для инклюзии в сфере образования и услуг по раннему вмешательству. Отчёт об исследовании. URL: <https://www.unicef.org/kazakhstan/media/5966/file/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%B8%20%D0%B8%20%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2%20%D0%9F%D0%9C%D0%9F%D0%9A.pdf>
97. Айтжанова Р. К. Реферативный обзор по использованию Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). URL: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fspecial-edu.kz%2FMKF%2F2%2F%25D0%259C%25D0%259A%25D0%25A4%2520%25D1%2580%25D0%25B5%25D1%2584%25D0%25B5%25D1%2580%25D0%25B0%25D1%2582%25D0%25B8%25D0%25B2%25D0%25BD%25D1%258B%25D0%25B9%2520%25D0%25BE%25D0%25B1%25D0%25B7%25D0%25BE%25D1%2580.docx&wdOrigin=BROWSELINK>
98. Learning to see invisible children: inclusion of children with disabilities in central Asia/edited by Martyn Rose and Kate Lapham. 2013. Open Society Foundations.
99. <https://dyslexiacentre.kz/#>
100. <https://5q.media/2022/05/25/disleksiya-ne-prigovor-kak-v-kazahstane-pomogayut-lyudyam-s-problemami-obucheniya/>
101. Психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями в общеобразовательной школе: метод. рекомендации/ Елисеева И.Г., Ерсарина А.К. - Алматы: ННПЦ КП, 2019. - 118с.
102. Инклюзивное образование : Методическое пособие для непрерывного обучения дидактических кадров, работающих в области инклюзивного образования детей / Галина Булат, Светлана Курилов, Николае Букун [и др.] ; коорд.: Домника Гыну ; Проект “Интеграция детей с ограниченными возможностями в общеобразовательные школы”, Fondul de Investiții Sociale din Moldova, LUMOS (Protecting Children. Providing Solutions). – Кишинев, 2016.
103. Специальная развивающая программа для детей с аутизмом/Ерсарина А.К., Джангельдинова З.Б., Айтжанова Р.К.- Алматы, ННПЦ КП, 2020.
104. Специальная развивающая программа для детей с аутизмом/Ерсарина А.К., Джангельдинова З.Б., Айтжанова Р.К.- Алматы, ННПЦ КП, 2020. - 169 с.

105. Психологические аспекты трудностей учения в школе: [учеб. пособие] / М. Е. Пермякова ; М-во образования и науки. Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2015. – 124 с.

106. Сборник материалов занятий с родителями детей с особыми образовательными потребностями / Под общ. ред. Ибраева М.У.: авторы Дмитриева-Лепешева О.Г., Жанғали І.Ә., Искендинова А.А., Федотова В.Ф. РИК «Эрекет» – Кокшетау: 2020 г. – 134 с

107. Ахутина Т.В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающ. по направлению подготовки «Психология» (бакалавриат, магистратура), «Клиническая психология» (специалитет) ФГОС ВО / Т.В. Ахутина, Н. М. Пылаева. М.: Академия, 2015. 282 с

108. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. пособие для вузов, ведущих подгот. кадров по психол. направлениям и специальностям. М.: Academia, 2002. 227 с.

Краткое изложение рамки для участия

1. Участие подразумевает всех членов класса и все аспекты классной жизни.

Так как участие признает взаимосвязь между инклюзией и достижениями, оно подразумевает опыт всех членов класса, а не только учащихся с особыми образовательными потребностями и ограниченными возможностями, хотя их включение (инклюзия) и их достижения, конечно, тоже являются важными. Участие также подразумевает не только формальное преподавание и обучение само по себе, но также и все аспекты классной жизни, включая бесконечные неформальные ежедневные взаимодействия, которые возникают среди всех её членов.

2. Участие и барьеры к участию взаимосвязаны и являются непрерывными процессами.

Участие- это серия процессов, которые тесно относятся к барьерам для участия: увеличение участия снижает барьеры для участия и, наоборот. Эти процессы могут быть сложными, непонятными и непрозрачными: классные практики, которые увеличивают участие для некоторых учащихся, могут увеличить барьеры для участия для других учащихся. Эти взаимосвязанные и никогда не заканчивающиеся процессы постоянно изменяются и могут быть трудными для изменений. Так как нет такого класса, который бы участвовал полностью, получаешь удовольствие, когда ищешь пути для достижения этого.

3. Участие рассматривается как реакция на различия

Каждый класс отличается своей принадлежностью и участие рассматривается как понимание и отношение к тому, что все дети и взрослые находятся во взаимосвязи со своим возрастом, полом, этничностью, сексуальностью, социально-экономическим статусом и наличием ограничений. Дискриминация может быть деликатной и сложной, и редко преднамеренной. Однако, маргинализация или стигматизация кого-либо, по каким-либо причинам, формирует барьеры для участия. Это происходит не для того, чтобы отрицать различия между учащимися, а для того, чтобы обеспечить равноправие для всех. Также, способствует признанию различий в классе, которые могут быть богатым ресурсом для поддержки обучения каждого.

4. Участие требует, чтобы обучение было активным и коллаборативным.

Участие признает, что обучение и преподавание - это социальная и коллективная активность, происходящая в центре школьной жизни. Это не только методы и технологии, но также и вовлечение всех учащихся в принятие выбора о том, что они будут учить, и каким образом, они будут обучаться, включая то, как они будут обучаться как сообщество; это также относится к педагогическому коллективу, участвующем в активном и коллаборативном обучении с коллегами. Чтобы этого достичь, нужно опираться на доступные

ресурсы креативными способами: признание, воодушевление и приветствие разного рода опыта, практик и интересов, в которых могут принять участие, как дети, так и взрослые.

5. Участие основано на отношениях взаимного признания и принятия:

Качество всех взаимоотношений в классе очень важно, включая взаимоотношения между детьми и взрослыми, а также, между взрослыми и детьми. Природа этих взаимоотношений проявляется не только в более формальных практиках преподавания и обучения, но также и в бесконечных неформальных персональных взаимодействиях, которые происходят ежедневно в каждом классе. Все взаимодействия в классе требуют желания признавать и принимать права и обязанности каждого и других. Поэтому, все члены имеют право быть самими собой, одновременно признавая ответственность ценить других. Они также имеют право и обязанность участвовать в обучении рядом с собой и другими, а также право и обязанность участвовать в процессах принятия решений.

Содержание

Введение.....	3
1 Психофизиологические основы поведенческих и специфических трудностей в обучении детей.....	4
2 Мировой опыт организации инклюзивной образовательной среды с учетом поведенческих и специфических трудностей в обучении (на основе анализа передовых методик).....	45
3 Методические рекомендации по организации инклюзивной образовательной среды для детей с поведенческими и специфическими трудностями в обучении.....	127
Заключение.....	164
Список использованной литературы.....	165
Приложение.....	172

**Оқытуда мінез-құлық және ерекше қиындықтары бар балалар үшін
инклюзивті білім беру ортасын ұйымдастыру бойынша әдістемелік
ұсынымдар**

**Методические рекомендации по организации инклюзивной
образовательной среды для детей с поведенческими и специфическими
трудностями в обучении**

Басуға 16.08.2022 ж. қол қойылды. Пішімі 60×84 1/16.
Қағазы офсеттік. Офсеттік басылыс.
Қаріп түрі «Times New Roman». Шартты баспа табағы 23.

Подписано в печать 16.08.2022 г. Формат 60×84 1/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Шрифт Times New Roman. Усл. п.л. 23.